FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

105

Année 1908

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1908, à 1 heure

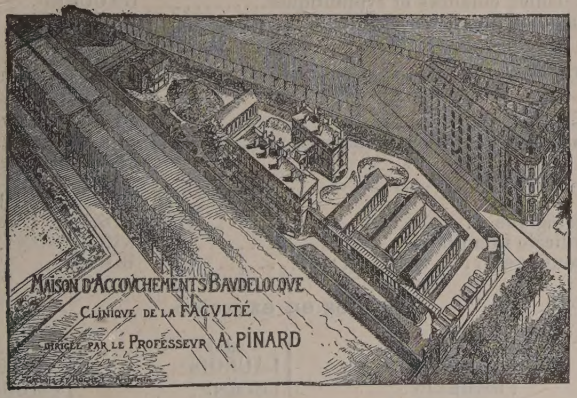
Par M. JEAN MALLET

Né à Joigny (Yonne), le 13 juillet 1882

DE LA CONDUITE A SUIVRE

DANS

LES CAS DE PHYSOMÉTRIE



Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON, GAUCHER, *professeurs.*
LOEPER, *agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. LANDOUZY.
Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (PIERRE).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALLET (GILBERT)
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	BOBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM	MM.
AUVRAY.	GUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

faible témoignage d'affection

ET A MES AMIS

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRÉFACE

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Pinard de l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et du profit que nous avons pu tirer de son enseignement.

La discussion journalière des observations de toutes les femmes qui viennent accoucher à la clinique Baudelocque constitue le pain quotidien et substantiel que le maître éminent distribue sans compter à ses élèves et à ses nombreux auditeurs.

— « Point de discours stériles, point de discussions « métaphysiques.

— « Ne me croyez pas sur parole, je ne veux pas être « l'autorité infaillible et intangible, je veux au contraire « vous affranchir de l'imprégnation classique,

— « Voyez ce qui se déroule chaque jour sous vos yeux, « nombreux sont les éléments d'investigation et d'obser- « vation, qui vous permettront d'édifier un jugement « solide et sain.

— « Je veux faire de vous des accoucheurs qui sauront, « parce qu'ils auront vu. »

Telles sont les paroles que M. le Professeur Pinard aime répéter : elles caractérisent sa méthode, elles en montrent l'excellence et la sincérité.

Il y a des dettes bien douces. De ce nombre est celle

que nous avons contractée envers M. le Professeur agrégé Troisier. Ce maître dévoué nous a pendant deux ans ménagé un accueil presque paternel, nous avons puisé dans ses leçons pratiques faites au lit des malades le meilleur de ce que nous savons. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueuse sympathie.

M. le Docteur Klippel a droit à une large place dans notre souvenir. Nous tenons à lui exprimer notre très vive gratitude pour l'accueil particulièrement bienveillant qu'il nous a réservé dans son service de l'hôpital Tenon.

Auprès de nos autres maîtres : MM. les Professeurs Tillaux et Berger, dont nous saluons l'illustre mémoire ; MM. les Docteurs Barié, Méry, Wallich, Macaigne, Lecène, Duval et Guibé, nous avons toujours rencontré une constante bienveillance. Nous sommes heureux de leur offrir le tribut de notre reconnaissance.

Nous voulons dire enfin à notre ami M. le Docteur Mouchotte, chef de clinique de M. le Professeur Pinard, combien nous lui sommes reconnaissant des nombreux conseils qu'il s'est toujours fait un plaisir de nous prodiguer. Il nous a été donné souvent de pouvoir apprécier son habileté d'opérateur, et dût sa modestie en être offensée, nous ne pouvons taire le succès habituel qui couronne ses interventions.

INTRODUCTION

C'est à M. le professeur Pinard que nous devons l'idée de ce travail.

Le sujet a immédiatement fixé notre choix, parce que le sentier était peu battu, parce qu'aussi nous avions eu l'occasion, au cours de notre stage obstétrical — à la clinique Baudelocque — d'observer deux cas de physométrie. Le hasard continuant à nous favoriser, nous a mis récemment en présence d'un nouvel exemple, au moment où la rédaction de cette étude était commencée.

C'est beaucoup d'avoir observé trois cas de physométrie, si l'on songe que nous en avons relevé seulement dix-neuf cas à la clinique depuis l'année 1890, c'est-à-dire pendant près de vingt ans, sur un total d'environ 45.000 accouchements.

Nous intitulons notre thèse : De la conduite à suivre dans les cas de physométrie. Nous nous proposons donc d'établir avant tout une thérapeutique. Mais auparavant, nous dirons brièvement ce qu'on entend par physométrie et l'idée moderne qu'on s'en peut faire au point de vue bactériologique. Nous passerons en revue les facteurs de cette infection, nous ferons enfin une courte description de son cortège symptomatique. Tout cela constituera la première partie de notre étude. Nous n'avons pas la prétention d'en faire un tout bien complet et parfaitement ordonné... elle sera seulement comme « l'avant-propos »

destiné à rappeler les notions indispensables à la lecture de la deuxième partie : la partie thérapeutique.

Dans cette deuxième partie, nous nous efforcerons de mettre le plus d'ordre possible et — dans la mesure où nous le permettront nos documents — nous illustrerons le texte de faits vécuschaque fois qu'il y aura lieu pour nous de poser une nouvelle indication opératoire.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

DÉFINITION. — ÉTIOLOGIE

La physométrie (de φῦσα, vent, air et μήτρα, matrice) *est un accident de la puerpéralité, dû à la distension de la cavité utérine ou plus exactement de la cavité de l'œuf ouvert par des gaz de putréfaction.*

L'ouverture de l'œuf est un facteur indispensable de la physométrie. Sans doute l'infection putride de l'œuf a été observée alors que les membranes ne présentaient aucune solution apparente de continuité (1), mais dans ces cas, d'ailleurs très exceptionnels, jamais le syndrome clinique de la physométrie n'a été réalisé.

Quand l'œuf est ouvert, les conditions ambiantes de température et d'humidité, jointes à la pénétration de l'air extérieur septique et à l'en hissement des germes venus du vagin, constituent un milieu extrêmement favorable au développement de colonies microbiennes.

(1) Il existait alors des altérations histologiques des enveloppes de l'œuf (Thèse de JEANNIN, 1902).

Celles-ci, surtout composées de microbes anaérobies, ne sont pas seulement et toujours anaérobies.

Les recherches bactériologiques modernes, grâce à une technique plus exacte, nous montrent chaque jour combien les infections monomicrobiennes sont l'exception. Le plus habituellement, une forme microbienne domine, mais il ne faut pas plus songer à diviser les différentes formes de fièvres puerpérales en partant de la nature des germes, comme l'essayait autrefois Doléris (1), qu'il ne faut penser à établir une cloison trop étanche entre les infections aérobies et anaérobies.

La large conclusion qui s'impose dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que *la physométrie est d'origine polymicrobienne*, *le plus souvent anaérobie*, *quelquefois mixte aéro-anaérobie*.

Si la putréfaction intra-utérine implique pour ainsi dire l'idée de décomposition putride du fœtus, et si cette constatation s'observe dans la majorité des cas, elle n'est pas absolue et l'on peut rencontrer *un fœtus vivant* dans un liquide amniotique très fétide, alors que des *gaz infects* se dégagent par le vagin (obs. 9).

Dans la physométrie, les accidents du début ne sont pas toujours semblables à eux-mêmes.

1° Tantôt, c'est la mort du fœtus qui ouvre la scène, et les germes qui sont les hôtes habituels du vagin n'attendent que la rupture des membranes pour faire ascension dans l'utérus ;

2° Tantôt, l'ouverture prématurée de l'œuf permet d'emblée l'invasion microbienne ; la putréfaction du liquide

(1) Doléris (Thèse de Paris, 1882).

amniotique s'ensuit, et pour peu que le travail se prolonge, le fœtus meurt et se putréfie à son tour.

Plus la rupture des membranes est éloignée de son terme normal, c'est-à-dire de la dilatation complète, plus sont grandes les chances de physométrie. Cela est particulièrement vrai lorsque la rupture est contemporaine du travail et surtout d'un travail traînant en longueur, pour quelque raison que ce soit. Dans ces cas, quand l'enfant est mort, mieux encore s'il est macéré, les pires complications sont à redouter.

Il faut en effet se souvenir que des parturientes perdant les eaux avant tout début de travail, expulsent leur produit de conception plusieurs jours, quelquefois deux ou trois semaines après la rupture de l'œuf, sans présenter aucun phénomène infectieux. Le col n'ayant pas encore subi de modifications physiologiques, la barrière est généralement suffisante contre l'infection. Il est vrai d'ajouter que ces faits s'observent surtout quand le fœtus est vivant.

Retenons donc que *la rupture de l'œuf est la circonstance indispensable de la physométrie, la lenteur du travail et la mort du fœtus, à fortiori sa macération, en étant les conditions les plus favorables.*

Ajoutons que si la femme est malpropre, comme l'observation 3 nous en fournit un bel exemple, ou si elle a subi des touchers ou manœuvres septiques, l'infection a beau jeu.

L'influence saisonnière est enfin manifeste, puisque quinze cas — sur vingt et un que nous rapportons — furent observés de mai à octobre, avec maximum en juin, juillet et août, c'est-à-dire pendant les mois les plus chauds.

L'œuf étant supposé ouvert, passons maintenant rapi-

dement en revue *les causes qui peuvent contribuer à prolonger le travail.*

1° *Causes d'origine maternelle.* — Sur 21 observations, 17 concernent des primipares dont l'âge moyen est de 29 ans. Il y a donc lieu d'incriminer dans une certaine mesure la mauvaise qualité des tissus et la dégénérescence fibreuse du muscle utérin.

Dans deux cas, nous trouvons un obstacle à l'engagement dû à un rétrécissement du bassin (obs. 13 et 15).

Chez trois parturientes, il y a sténose du col (obs. 18 : fibrome intrapariétal du volume d'une tête fœtale, canal cervical de 7 centimètres aboutissant à une stricture infranchissable ; — obs. 19 et 19 bis : cicatrices opératoires).

Nous ne possédons pas d'observation de physométrie chez une femme atteinte de cancer du col, mais nous savons que l'obstacle apporté à l'accouchement dans ces conditions est tout à fait favorable au développement de la tympanite utérine.

2° *Causes d'origine fœtale.* — Ces causes tiennent à une malformation ou à une présentation vicieuse, qui créent un obstacle à la marche normale du travail. Nous relevons :

Deux cas d'hydrocéphalie (obs. 4 et 16) ;

Trois présentations vicieuses (obs. 6, 6 *bis* et 17).

3° *Causes d'origine ovulaire.* — Ici encore peuvent entrer en ligne toutes les causes capables de créer un obstacle à la marche normale du travail.

Dans l'observation 5, nous trouvons le placenta inséré sur le segment inférieur qui chez une primipare empêche jusqu'au dernier moment l'engagement de la tête.

CHAPITRE II

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC, ÉVOLUTION

Sous l'influence des gaz de la putréfaction, le muscle utérin, paralysé, se laisse distendre. Il est, suivant l'heureuse expression du professeur Pinard, « *frappé de stupeur* ».

Si l'on pratique alors la percussion au niveau du fond de l'utérus, après l'avoir délimité par le palper, au lieu de la matité qui correspond habituellement au globe utérin, on trouve de la sonorité : tympanite utérine.

Ces deux constatations : *augmentation de volume et sonorité de l'utérus*, indiquent que cet organe est distendu par des gaz. S'il s'écoule en même temps de la vulve un liquide amniotique fétide, ayant la consistance et l'aspect d'une purée jaunâtre, grisâtre ou verdâtre, la preuve est faite que les gaz contenus dans l'utérus sont des gaz de putréfaction : il y a physométrie.

Le diagnostic est confirmé quand, à l'occasion d'une contraction ou d'un toucher, il s'échappe des parties génitales, avec un bruit spécial, un liquide fétide mélangé de *gaz*.

A la palpation de l'abdomen, la main exploratrice peut éprouver la sensation de *crépitation gazeuse*. Dans ces cas, il y a plus que de la physométrie ; c'est le commencement de la septicémie gazeuse : les gaz sont déjà répandus

dans l'épaisseur du muscle utérin et jusque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (obs. 2 et obs. 11). Le pronostic est très assombri puisque nous avons à déplorer la mort des deux parturientes.

L'ascension de l'utérus peut être modérée (obs. 5 : de 8 h. du soir à 4 h. du matin, c'est-à-dire pendant huit heures, il s'échappe des gaz par le vagin, tandis que l'utérus est rétracté).

Le plus souvent l'ascension se fait en quelques heures et peut devenir extraordinairement rapide (obs. 1 : à 10 h. 1/2 du soir, il n'existe pas de physométrie. A 11 h. 45, un léger tympanisme est constaté. De 11 h. 45 à minuit, c'est-à-dire en un quart d'heure, le fond de l'utérus s'élève de 3 centimètres ; — obs. 11 : à midi, la hauteur utérine est de 38 centimètres ; à 2 heures, de 41 centimètres ; à 3 heures, de 44 centimètres). Dans ces cas, on a pu suivre des yeux le soulèvement progressif de la paroi abdominale, correspondant à l'ascension du fond de l'utérus.

Le volume de l'utérus peut atteindre des dimensions considérables, jusqu'à occuper toute la cavité abdominale (obs. 3 : le fond de l'utérus remonte à droite jusqu'à la face supérieure du foie. La hauteur utérine est de 45 centimètres ; — obs. 2 : le ventre tout entier est extrêmement distendu, la hauteur utérine est de 52 centimètres).

Cette augmentation du volume de l'utérus n'est pas un signe particulier à la physométrie, on l'observe dans *l'hémorragie rétro-placentaire* et dans l'*hydramnios à évolution rapide*, où l'utérus peut subir un mouvement ascensionnel également très rapide.

Dans l'hémorragie rétro-placentaire, l'utérus est dur, d'une consistance ligneuse ; dans la physométrie au contraire, l'utérus distendu est généralement mou. Cependant, il est des cas où on le trouve tétanisé (obs. 4 : utérus rénitent; — obs. 6, 16 et 18 : utérus tétanisé ; — obs. 14 : utérus très tendu). La *percussion*, en révélant le tympanisme, tranche toujours le diagnostic.

Dans l'hydramnios à évolution rapide, l'ascension n'est jamais aussi prompte ; les membranes sont intactes ; la percussion enfin impose le diagnostic. Si nous en parlons c'est parce que l'observation 14 comporte une erreur clinique de ce genre, des plus instructives (v. p. 57).

Tels sont les signes de la physométrie à la période d'état. A ce moment le diagnostic n'est souvent que trop facile, mais la situation déjà très compromise.

Il importe donc de prévoir, de surprendre à son début la tympanite utérine. Pour cela, il ne faut pas ignorer qu'à côté des symptômes cardinaux de la physométrie, il existe un ensemble de signes satellites qui la précèdent ou l'accompagnent si souvent, que leur présence doit toujours faire redouter cette complication.

Nous supposons, bien entendu, l'œuf ouvert.

Ces signes sont au premier chef, les *modifications du liquide amniotique*, qui prend l'aspect d'un liquide ou d'une purée verdâtre, grisâtre ou jaunâtre, d'odeur infecte, indice d'une putréfaction.

Ce sont les *contractions utérines* qui *cessent* plus ou moins brusquement, parce que le muscle utérin se paralyse sous l'influence des éléments toxi-infectieux. Cette cessation est d'autant plus nette et appréciable que les

contractions utérines avaient été jusque-là rapides et fortes (l'obs. 1 est particulièrement démonstrative).

Ce sont au toucher, *les bords* de l'orifice utérin, infectés, qui *s'indurent*, *s'épaississent*, *s'infiltrent*.

C'est encore au toucher, la bosse séro-sanguine qui progresse seule, prend d'énormes proportions et peut fournir *la sensation d'une poche à surface lisse*, plus ou moins tendue, pouvant en imposer pour une poche des eaux (obs. 4 et 14). Dans l'observation 14, en présence de l'affirmation formelle de la femme, qui prétend n'avoir pas perdu les eaux, un perce-membranes introduit dilacère par erreur la bosse sanguine d'un fœtus macéré.

C'est enfin, dans la grosse majorité des cas, la *mort du fœtus* qui précède la physométrie.

En résumé :

Quand la poche des eaux est rompue,

Quand la femme perd un liquide très fétide,

Quand l'orifice ne se dilate pas et s'infiltre,

Quand la mort du fœtus se produit,

Quand la bosse séro-sanguine seule progresse et prend d'énormes proportions,

Quand les contractions utérines cessent,

Il faut redouter l'apparition de la physométrie ; il faut, afin de la dépister, percuter fréquemment l'utérus et mesurer la hauteur utérine, de façon à intervenir dès le début des accidents et sans perdre un instant.

Il faut savoir que les gaz surnagent au-dessus du liquide amniotique et que c'est à la limite supérieure de l'utérus qu'il convient de rechercher tout d'abord la sonorité (obs. 4, 9, 11, 12, 15, 16).

L'état général de la femme devient rapidement mauvais, l'infection d'abord localisée à l'œuf ne tarde pas à se propager à la mère. Le facies est grippé, la langue sèche, l'haleine fétide. La température atteint et dépasse 39° et 40°. Le pouls est petit et fréquent.

Des frissons, de la dyspnée, de la cyanose des extrémités complètent ce tableau qui est celui d'une infection grave.

La femme est en danger de mort.

DEUXIÈME PARTIE

CONDUITE A TENIR.

Quand la physométrie est diagnostiquée, *l'évacuation utérine d'urgence s'impose.*

Au point de vue de l'intervention, il convient d'envisager différentes éventualités. Quand la dilatation est complète, le cas est relativement simple, puisque la voie est libre, la porte ouverte et qu'aucun obstacle ne s'oppose à l'évacuation immédiate. Mais il n'en va pas toujours ainsi : la dilatation peut être incomplète, nulle ou impossible. La voie est alors barrée . c'est la porte seulement entr'ouverte, c'est la porte fermée. Chacun de ces cas comporte une thérapeutique spéciale.

Nous considérerons donc successivement les indications opératoires, suivant que la dilatation est complète, suivant qu'elle est incomplète, mais suffisante toutefois pour le passage d'instruments réducteurs, suivant enfin qu'elle est pratiquement nulle ou impossible.

Nous supposerons toujours le fœtus mort, parce que c'est le cas le plus habituel ; parce que, à la clinique Baudelocque, nous ne possédons pas d'observation de physométrie dans laquelle l'enfant ait été extrait vivant.

Mais avant d'entrer plus avant dans le détail du traitement, nous allons brièvement indiquer les précautions

qu'il convient toujours de prendre auprès d'une femme atteinte de physométrie ou chez laquelle on redoute cet accident.

Il faut d'abord réaliser autant que possible l'asepsie des voies génitales :

a) Par un savonnage de la vulve, du pubis et de la partie supéro-interne des cuisses ;

b) Par un savonnage du vagin, quand il est possible, c'est-à-dire lorsque la présentation n'est pas engagée ;

c) Par de fréquentes injections vaginales tièdes, soit avec la solution au biiodure de mercure à 1/4000, soit avec l'aniodol à 1/1000, en particulier avant et après chaque toucher.

Enfin, l'opérateur sera toujours muni de gants. Les gants sont ici particulièrement utiles à cause de la septicité de l'œuf. Ils présentent un triple avantage :

Ils sont une garantie pour la patiente, car leur asepsie est facile ;

Ils sont une garantie pour l'opérateur dont ils protègent les mains ;

Ils sont une garantie pour les malades que celui-ci peut être obligé d'examiner dans les heures qui suivent.

CHAPITRE PREMIER

LA DILATATION EST COMPLÈTE

La porte, avons-nous dit, est grande ouverte ; il n'est donc besoin d'aucun temps opératoire pour accéder dans la cavité utérine et procéder à l'extraction fœtale. Celle-ci pourra être immédiate et sera réglée d'après la présentation : tête, siège ou épaule.

Examinons ces différents cas.

§ 1. — Présentation de la tête.

La tête peut stationner au-dessus du détroit supérieur, tête non engagée, ou se trouver dans l'excavation, tête engagée.

Acceptons d'abord qu'elle soit engagée, car les conditions opératoires sont plus favorables.

1° Tête engagée.

Peut-il être question de faire ici une application de forceps ? Non certes, et pour deux raisons.

La première, c'est que le fœtus mort est en général très ramolli et présente un chevauchement des os du crâne. La prise du forceps ne peut être bonne et l'instrument a de grandes chances de déraper.

Mais, alors même qu'il tiendrait en place, la deuxième et vraie raison qui le fera proscrire, c'est que l'application de forceps, si habilement faite soit-elle, demeure suivant l'expression du professeur Pinard une intervention « brutale ». Elle détermine souvent des lésions maternelles, qui, dans le cas particulier, deviennent autant de portes d'entrée nouvelles à l'infection et constituent un véritable danger pour la mère, à cause de la septicité de l'œuf.

Cependant, s'il existait le moindre doute sur la viabilité du fœtus, il conviendrait de recourir au forceps afin de donner à l'enfant toutes les chances de vie. C'est ce qui fut tenté dans l'observation 9, malgré une dilatation atteignant seulement les dimensions d'une paume de main, parce que les bruits du cœur étaient encore perceptibles.

Dans l'immense majorité des cas, la mort du fœtus est une certitude et l'on ne doit pas hésiter à considérer celui-ci comme un corps étranger. Toutes les mutilations qui se proposent de réduire son volume et d'en faciliter l'extraction sont non seulement permises, mais recommandées. La conduite de l'accoucheur doit être réglée par l'unique préoccupation de ne pas nuire à l'organisme maternel.

En l'espèce, la tête étant engagée, *la basiotripsie est l'opération de choix*. Elle réduit par un broiement les dimensions de la tête et rend moins offensif son passage à travers le bassin mou.

Obs. 1. — Clinique Baudelocque (N° 648 de 1907) — *Primipare âgée. — Fibrome. — Insertion vicieuse du cordon. — Physométrie. — Basiotripsie par M. Mouchotte. — Guérison.*

C. E..., primipare, âgée de 31 ans.

Cette femme, dont les dernières règles datent du 20 au 30 juin 1906, a eu des vomissements pendant les huit premiers mois de sa grossesse. Elle se présente pour la première fois à la consultation de la clinique, le 4 mars 1907. On constate de l'œdème des membres inférieurs et de la face. L'analyse des urines décèle la présence d'albumine. Le fœtus est vivant, en présentation transversale, et la tête est ramenée en bas par manœuvres externes.

Cette femme est admise le jour même au dortoir, pour être soumise au régime lacté, pour qu'aussi la tête du fœtus soit fixée par une ceinture eutocique.

Du 4 au 10 mars. — Quantité indosable d'albumine ; régime lacté absolu.

11. — L'albumine a disparu. La malade, soumise au régime ordinaire, boit du lait à ses repas, jusqu'à la fin de la grossesse.

25. — La tête s'engage, la ceinture eutocique est enlevée.

Du 25 mars au 23 avril. — Rien de particulier.

23 *avril.* — A 1 h. du matin, apparaissent les premières contractions utérines douloureuses. Les mouvements actifs du fœtus, perçus par la femme, sont moins accusés que d'habitude.

A 7 h. : entrée de la femme à la salle de travail. La hauteur utérine est de 35 centimètres ; le sommet s'engage en position gauche ; l'auscultation est bonne ; la dilatation est grande comme 2 francs ; les membranes sont intactes.

A 9 h. : mêmes constatations ; les deux fontanelles sont accessibles.

A 11 h. : rupture spontanée des membranes et écoulement d'un liquide vert purée. Les bruits du cœur sont moins bien frappés et la dilatation n'a pas varié.

Entre midi et 1 h. du soir : grand bain.

A 1 h. du soir : la dilatation est entre 2 et 5 francs. S. A. : 40 cen-

timètres cubes. Il est impossible de dire si les bruits du cœur entendus à l'auscultation ont une origine maternelle ou une origine fœtale. Les contractions utérines sont régulières, survenant toutes les cinq minutes.

4 h. du soir : la dilatation est de 5 francs. T. 37°5, P. 128.

On pratique une injection intra-cervicale à 50°, pour activer la dilatation.

7 h. du soir : nouvelle injection entre l'orifice et la tête. Les contractions se suivent régulièrement à peu de distance. La percussion de la région utérine donne de la matité. La dilatation est d'une petite paume.

10 h. 30 du soir : la dilatation est complète. La parturiente commence les efforts expulsifs ; la tête fœtale appuie bien sur le périnée, mais *subitement les contractions ne sont plus senties* par la malade (10 h. 45) et deviennent de plus en plus faibles à la palpation.

11 h. 45 du soir : H.U : 37 centimètres ; Mlle Ribet, sage-femme du service, percute l'utérus et trouve de la *sonorité* à sa partie supérieure. Elle diagnostique un début de physométrie.

Minuit : P. 122, T. 38°.

M. Mouchotte confirme le diagnostic et trouve de la sonorité sur toute l'étendue de l'utérus.

La hauteur utérine s'est élevée de 2 centimètres (H. U : 39). Les bruits du cœur ne sont plus perçus. Au toucher chevauchement considérable des os du crâne du fœtus, semblant faire saillie à travers le cuir chevelu.

M. Mouchotte fait une *basiotripsie* sur la tête engagée en G. A. L'extraction du tronc se fait sans difficulté.

Il s'échappe *des gaz* derrière le fœtus.

Délivrance artificielle immédiate. L'utérus se rétracte bien. Pas d'hémorragie.

Injection intra-utérine prolongée, après quelques instants d'attente.

A partir du 24 avril, c'est-à-dire dès le lendemain, la température ne dépasse pas 37°5 ; la femme part en bon état le 9 mai.

Fœtus. — 4.800 grammes avec basiotribe. Abdomen volumi-

neux, distendu par *des gaz*, *sonore* à la percussion. Pas de traces de macération.

Obs. 2. — Clinique Baudelocque (N° 1070 de 1899). — *Membranes rompues depuis trois jours. — Physométrie. — Etat général très grave. — Basiotripsie par M. Funck-Brentano. — Mort de la femme, deux heures après son entrée à la clinique.*

T... Ipare de 28 ans ; dernières règles du 13 au 16 août. Cette femme est amenée à la clinique le 4 juin à 9 heures du soir par une sage-femme. D'après celle-ci, les premières douleurs auraient apparu le 1er juin au matin. Le même jour dans l'après-midi, rupture des membranes.

Le 4 juin, la sage-femme, appelée vers 3 heures du soir, constate une dilatation de 5 francs : l'enfant est vivant, la tête engagée en G. A.

A 5 heures du soir, la dilatation est complète.

A 7 heures, la femme est prise d'une syncope ; après injection sous-cutanée d'éther et de caféïne, elle est amenée à la clinique Baudelocque.

A son arrivée (9 h. du soir) on fait les constatations suivantes : la face et les extrémités sont cyanosées, forte dyspnée (48 inspirations par minute), pouls incomptable, température : 37°4, œdème considérable des membres inférieurs. Le *ventre est extrêmement distendu* (H.U : 52 centimètres), *sonore* à la percussion ; la palpation de la paroi abdominale révèle de la *crépitation emphysémateuse*. Au toucher : la tête engagée en G.A est volumineuse et très ossifiée, la bosse séro-sanguine est également volumineuse et le liquide amniotique très fétide. L'auscultation fœtale est négative.

A 9 h. 45, *basiotripsie* par M. Funck-Brentano. Pendant la durée de l'opération, des *gaz* d'une horrible fétidité ne cessent de s'échapper de la vulve.

Après extraction : délivrance artificielle immédiate ; injection intra-utérine, injection d'éther, 40 centimètres cubes de sérum de Marmoreck, inhalation d'oxygène.

Au moment où on allait faire une injection sous-cutanée de sérum salin, la femme perd connaissance et meurt en deux ou trois minutes

Le fœtus macéré est un garçon, pesant 4 300 grammes avec le basiotribe. Poids du placenta : 420 grammes. Le toucher pratiqué après la mort donne 11 centimètres, comme mensuration du diamètre promonto-sous-pubien.

Bien que réducteur, le basiotribe peut encore dans une certaine mesure léser les tissus maternels, c'est pourquoi, lorsque les conditions le permettent, il faut sans l'utiliser tenter l'extraction du fœtus.

Supposons par exemple la tête apparaissant à la vulve et y stationnant quelque temps à cause d'une volumineuse bosse séro-sanguine.

Que manque-t-il pour que l'expulsion soit immédiate ? Il manque tout simplement la « vis a tergo » compromise par la stupéfaction du muscle utérin sous l'influence des gaz. Substituer à cette « vis a tergo » une « vis a fronte », c'est permettre sans retard la terminaison de l'accouchement. Or rien n'est plus simple que de tirer la tête après avoir saisi le cuir chevelu avec des pinces Museux ou à plateaux ; la seule difficulté vient de la friabilité du fœtus et de son excès de volume.

Obs. 3. — Clinique Baudelocque (N° 2169 de 1897). — *Primipare âgée, arrivée à dilatation complète avec membranes rompues. — Putréfaction fœtale. — Physométrie. — Extraction du fœtus avec pinces par M. Paquy. — Suites de couches fébriles. — Curettage. — Irrigation continue. — Mort le 9e jour.*

B..., 41 ans, Ipare, sourde-muette, entre à la clinique le 8 décembre à 11 heures du matin Elle est dans un état de grande malpropreté et exhale une odeur repoussante. Aucun renseignement ne peut être recueilli à son sujet.

Le palper est impossible ; la paroi abdominale est très épaisse et il existe de l'œdème sus-pubien. La hauteur utérine est de 45 centimètres. Le fond de l'utérus distendu par des *gaz*, remonte à droite jusqu'au foie. L'auscultation fœtale est négative. On constate une montée laiteuse. Les membranes sont rompues, la tête est à la vulve.

On saisit le cuir chevelu à l'aide d'une pince à mors. Les tractions ramènent le pariétal gauche et un lambeau de cuir chevelu. On saisit alors la tête par la base du crâne et on l'extrait.

Résistance à la sortie des épaules. On abaisse le bras antérieur et l'accouchement se termine sans difficulté. Des *gaz* très fétides s'échappent alors de la vulve.

Délivrance artificielle immédiate. Pendant l'intervention, B... était endormie au chloroforme.

Après la délivrance, l'utérus se rétracte mal, il y a hémorragie qui cède sous l'influence d'une injection intra-utérine chaude et prolongée.

On fait un tamponnement vaginal. Le vagin a des eschares, surtout au niveau de sa paroi postérieure.

Le fœtus pèse 1.300 grammes, le placenta : 360 grammes.

Aussitôt après l'extraction, à midi, T. : 37°, P. : 124.

A 2 h. du soir, B... est prise d'un frisson violent qui dure vingt-cinq minutes. T. : 39°7, P. : 120.

9. — Au matin, on enlève le tampon vaginal. Dans le courant de la journée, on fait plusieurs injections vaginales prolongées.

Le col utérin est très élevé, béant, déchiqueté, l'utérus mou ne peut être délimité. La femme est mise en travers du lit, afin que la main tout entière introduite dans le vagin, puisse placer la canule dans l'utérus.

Le soir, T. : 39°5, P. : 122. Injection intra-utérine, le liquide ramené est très sale et très fétide. S. A. : 40 centimètres cubes.

10. — Le matin, T. : 38°8, P. : 128.

Une injection intra-utérine ramène un liquide fétide, « eau sale » ; l'utérus se contracte faiblement pendant l'injection. S. A. : 30 centimètres cubes.

A midi, nouvelle injection intra-utérine, l'utérus se contracte mieux, mais rarement. T. : 38°9, P. : 120.

A 5 h., injection intra-utérine prolongée, la fétidité est toujours aussi grande, T. : 39°2, P. : 136.

11. — La température se maintient à 39° et le pouls à 120. On fait dans la journée trois injections intra-utérines. La fétidité diminue légèrement. La malade n'accepte qu'un peu de lait teinté de café. Sérum salin : 450 centimètres cubes.

12. — Matin. Injection intra-utérine, fétidité moindre, l'utérus se contracte un peu. S. A. : 40 centimètres cubes.

La femme étant anesthésiée au chloroforme, M. Wallich pratique un curettage. Nombreux débris. L'utérus donne un peu de sang, puis se rétracte. Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans l'utérus.

A midi et à 5 h. du soir : Sérum salin : 500 centimètres cubes. La température est toujours à 39° et le pouls à 120.

13. — T. : 39°, P. : 120.

A 3 heures du soir : sérum salin : 500 centimètres cubes.

A 7 heures, on enlève la mèche de gaze iodoformée.

L'injection intra-utérine ramène un liquide clair.

14. — Matin. Mauvais état. T. : 39°4 ;

A 10 heures, on commence l'irrigation continue.

A 3 heures 1/2, la dyspnée, légère jusque-là, augmente brusquement. Crachats hémoptoïques.

On fait respirer de l'oxygène, T. : 39°6, P. : 128.

A 8 heures du soir, T. : 39°9, P. : 136, la malade transpire abondamment. On cesse l'irrigation continue. Morphine (1/2 centigr.).

15. — A 1 heure du matin, T. : 39°6.

Dans la matinée, l'agitation est excessive ; prurit généralisé. Morphine (3/4 de centigr.).

A 10 heures, sérum salin : 500 centimètres cubes.

A midi, S. A. : 40 centimètres cubes.

A 1 heure : T. : 39°6, état comateux.

Légère amélioration vers 6 heures.

L'état comateux reprend vite.

16. — Matin, T. : 40°2, pouls incomptable.

Mort à 1 h. 1/2 du soir.

Autopsie. — *Utérus* : la cavité est propre. Pas de pus à la coupe. *Trompes* et ovaires sains. La *vessie* contient un liquide noirâtre. *Reins* : la surface externe est couverte d'arborisations vasculaires ; à la coupe, congestion très intense. *Poumons* congestionnés. Pas d'embolie. Adhérences pleurales à droite et en arrière. *Cœur* normal. *Aorte* : un peu athéromateuse. *Foie* : jaunâtre et graisseux.

L'examen bactériologique permet de constater la présence de streptocoques associés à différents microbes dans les principaux viscères.

2° La tête n'est pas engagée.

Supposons maintenant que la tête ne soit pas engagée : elle se trouve au-dessus du détroit supérieur. Elle peut être, dans cette situation, orientée en gauche ou en droite transverse. C'est le cas le plus fréquent.

Mais elle peut être défléchie complètement : c'est une présentation de la face, ou défléchie incomplètement : c'est une présentation du front.

Quelle que soit l'attitude de la tête, c'est encore à la *basiotripsie* que l'on aura chaque fois recours.

Nous possédons une seule observation de physométrie avec dilatation complète et tête non engagée en variété transverse. Dans cette observation où il y avait complication d'hydrocéphalie, au lieu de la craniotomie, premier temps de la basiotripsie, on fit une ponction du crâne, et l'on termina l'extraction par une prise de la tête vidée entre les branches du basiotribe.

Obs. 4. — Clinique Baudelocque (N° 1159 de 1898). — *Femme venant du dehors avec membranes rompues depuis quatre jours. — Physométrie. — Hydrocéphalie. — Ponction du crâne suivie de basiotropsie, par M. Baudron. — Guérison.*

L. P.:., 26 ans, couturière, Ipare, entre à la clinique le 9 juillet, à 1 h. 30 du matin.

Dernières règles du 20 au 22 septembre

Le début du travail paraît remonter au 3 juillet. La femme aurait alors perdu un peu d'eau et aurait eu quelques contractions douloureuses. Le 4 juillet, une sage-femme rompit la poche des eaux et il s'écoula une grande quantité de liquide. Les contractions douloureuses cessèrent ; la malade se leva, put vaquer aux soins de son ménage et sortit même dans le voisinage. Le 6 juillet, les mouvements actifs du fœtus cessent d'être perçus.

L. P... reste levée toute la journée du 7 juillet.

Le 8 juillet, au matin, elle perçoit des sensations de pesanteur du côté du rectum avec efforts d'expulsion et compare ces sensations à un besoin permanent d'aller à la selle.

La sage-femme rappelée et un médecin conseillent le transport de la malade à la clinique.

On fait à l'arrivée les constatations suivantes : utérus fortement dévié à droite, remontant à 44 centimètres au-dessus du pubis. Albumine dans les urines. M. Baudron constate que par le palper il est absolument impossible de percevoir autre chose qu'une tumeur uniformément rénitente, ovoïde, à grande extrémité supérieure nettement formée par l'utérus. Celui-ci est *sonore*, surtout son fond et sa partie latérale gauche.

Par le toucher, on arrive sur une tumeur sphérique, régulière, qui donne la sensation d'une poche des eaux très tendue. Cette tumeur apparaît de couleur lie de vin dès qu'on écarte la vulve, elle se continue — à travers le col utérin complètement dilaté — avec des téguments qui recouvrent des surfaces irrégulières et tranchantes. C'est une *énorme bosse séro-sanguine* dont la nature est mise hors de doute par ce fait que la main exploratrice revient chargée de cheveux.

M. Baudron porte le diagnostic de fœtus putréfié et de *physométrie*. Il ajoute celui d'*hydrocéphalie*, étant donné qu'à travers l'énorme tumeur sentie au toucher, on arrive sur des os du crâne séparés par des sutures extrêmement larges. De là vient le non engagement de la tête à travers un bassin qui ne paraît pas vicié.

L'aspect général de la malade est excellent et contraste singulièrement avec le résultat de l'examen local. T. : 37°, P. : 130.

Le toucher manuel permet de contrôler l'exactitude des renseignements fournis par le toucher digital.

M. Baudron *ponctionne* la tumeur *avec le perforateur du basiotribe*. Le liquide recueilli (700 grammes) est clair comme de l'eau de roche, mais extrêmement fétide. Deux fois de suite, les branches du basiotribe appliquées sans le perforateur, dérapent. M. Baudron saisit alors le cuir chevelu avec deux fortes pinces, grâce auxquelles la tête est maintenue solidement.

Les branches sont appliquées une troisième fois et ne dérapent plus.

Le fœtus extrait à 3 h. 30 du matin, pèse 2370 grammes sans substance cérébrale ; il présente un bec-de-lièvre et une division de la voûte palatine.

Pendant toutes ces manœuvres, il s'échappe des *gaz* horriblement fétides.

Délivrance artificielle immédiatement après l'extraction. Le placenta pâle et étalé pèse 430 grammes.

Une injection intra-utérine et le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée terminent l'intervention qui a duré dix minutes.

L'état de la mère est satisfaisant, T. : 36°5, P. : 130.

A 6 h. du matin, T. : 38°3, P. : 160.

Suites de couches normales.

L'albuminurie disparaît le 3e jour après l'accouchement.

La femme part en bon bon état le 24 juillet.

L'observation 5 — déjà ancienne puisqu'elle date de 1895 — montre que l'on a pu attendre l'expulsion spontanée du fœtus sans que la mère ait eu à en souffrir. Il n'en est pas moins vrai que dans un cas semblable, avec les idées actuelles de notre maître, il conviendrait aujourd'hui de ne pas temporiser et d'intervenir immédiatement.

Obs. 5. — Clinique Baudelocque (N° 999 de 1895). — *Rupture prématurée des membranes trois jours avant l'accouchement. — Physométrie. — Expulsion spontanée. — Suites de couches pathologiques.*

X..... I pare, âgée de 26 ans et dont les dernières règles ont eu lieu du 10 au 12 septembre 1894, entre au dortoir de la clinique le 14 juin 1895.

Présentation de l'extrémité céphalique en G.T. Enfant vivant. Placenta inséré sur le segment inférieur.

Membranes rompues le 14 juin à4 heures du matin. H.U : 34 centimètres.

17 *juin*. — 4 heures du soir, contractions utérines douloureuses, X..... est transportée à la salle du travail. Le col est long Le liquide amniotique est vert, les bruits du cœur fœtal sont très lointains et X..... affirme ne plus sentir remuer son enfant depuis la nuit précédente.

A 7 heures du soir, les bruits du cœur ont disparu.

A 8 heures du soir, la parturiente a une température qui s'élève très rapidement à 40° et un pouls à 120.

L'utérus est rétracté sur le fœtus, il s'échappe *des gaz* par la vulve.

Minuit. Les contractions se succèdent rapides et très énergiques.

18. — A 4 heures du matin, la dilatation est complète, l'expulsion du sommet dure 3/4 d'heure, on a grand'peine à extraire l'épaule antérieure. A mesure qu'il est expulsé, le fœtus devient énorme, sa peau est très distendue.

Quelques minutes après l'expulsion : délivrance artificielle, puis injection intra-utérine très prolongée.

Le fœtus pèse 3070 grammes et présente l'apparence d'un fœtus de 4500 grammes. L'emphysème est généralisé.

Circonférence de l'abdomen.	35	centimètres
— des épaules	34	»
— du siège	33	»

Le p acenta pèse 520 grammes, les membranes sont complètes.
Le 18 au soir, T. : 36°8, P. : 88.
19. — T. m. : 37°2, P. : 88.
T. s. : 38°2, P. : 84.
20. — Même état, injection intra-utérine.
21. — Curettage par M. Wallich (lochies fétides).
Le soir la température atteint 39°, le pouls : 100.
22. — La température n'atteint pas 38°, P. : 96.
Injection intra-utérine.
23. — On soumet la femme à l'irrigation continue.
A dix heures du matin, T. : 38°4, P. : 92.
Le soir, T. : 36°6.
A partir du 24, les suites de couches sont normales. La température ne dépasse pas 37°2 jusqu'au 20e jour. La femme quitte le service en bon état.

§ 2. — Présentation du siège.

Pour le siège, commepour la tête, on peut se trouver en face d'une présentation engagée ou mobile et cela, quelle que soit la variété de présentation.

1° Quand le siège est complet ou décomplété mode des fesses, si l'expulsion tarde tant soit peu, il suffit de pratiquer l'extraction manuelle.

2° Quand le siège est décomplété mode des fesses ;

S'il est engagé, on fera des tractions inguinales.

S'il est au-dessus du détroit supérieur, on abaissera le bon pied ou les deux pieds suivant la méthode de M. Pinard et l'extraction suivra aussitôt.

§ 3. — Présentation de l'épaule.

Il y a ou non commencement d'évolution spontanée.

1° Il n'y a pas eu commençement d'évolution spontanée.

C'est à l'*embryotomie cervicale* qu'il faut avoir recours. On se servira des ciseaux de Dubois ou de l'appareil de Ribemont-Dessaignes.

Si l'on emploie les ciseaux, les plus grandes précautions doivent être prises pour éviter de blesser la mère.

Avec l'appareil de Ribemont, il faut empêcher que la ficelle-scie n'intéresse le vagin, surtout chez les multipares, dont les parois plus lâches ont tendance à venir faire hernie entre les deux protecteurs de l'embryotome articulé. Une bonne précaution consistera à écarter ces parois avec des valves.

Obs. 6 — Clinique Baudelocque (Obs. 1228 de 1892). — *Femme amenée de la ville. — Présentation de l'épaule gauche. — Physométrie. — Rupture de l'utérus. — Embryotomie par M. Varnier. — Mort.*

G .., 29 ans, VIII pare : cette femme dont sept grossesses antérieures se sont terminées par sept accouchements normaux, a eu ses dernières règles le 30 octobre 1891.

Le 23 *août*, à 5 h. du soir, G... est amenée de Gentilly à la clinique par un médecin.

Cette femme est immédiatement transportée à l'isolement. Le facies est cyanosé, les lèvres violacées, le corps et surtout l'abdomen présentent des marbrures violacées, la dyspnée est intense, le pouls filiforme et l'utérus tétanisé. T. : 38°2. Les membranes sont rompues depuis 48 heures. L'utérus est *sonore* à la percussion.

La main et l'avant-bras gauche du fœtus sont hors de la vulve. Le fœtus est putréfié ; *des gaz* et un liquide infects s'échappent par la vulve.

On fait immédiatement une injection vaginale antiseptique ; inhalation d'oxygène, injection d'éther.

Lors de l'introduction de la main, le liquide s'écoule putride et sanguinolent.

Le médecin qui amène cette femme dit avoir été appelé près d'elle à 2 h. du soir, le 23 août, par un confrère et par une sage femme. Il a fait des tentatives infructueuses de version après avoir essayé à plusieurs reprises d'appliquer le forceps sur ce qu'il croyait être le siège. On ne sait pas quand l'enfant est mort.

Sur le conseil de M. Pinard, M. Varnier pratique immédiatement *l'embryotomie sous chloroforme* à l'aide de *l'embryotome de Ribemont.* Introduction par la voie antérieure, crochet à gauche, placement facile sur le cou totalement accessible. Sciage rapide : embryotomie cervicale. Le tronc est assez facilement extrait. Il faut abaisser le bras supérieur, le bras procident putréfié se laissant arracher.

Reste la tête augmentée de volume par la putréfaction. A l'aide d'une pince à os appliquée sur le maxillaire inférieur, M. Varnier finit par extraire la tête du fœtus qui est énorme.

Pendant l'extraction du tronc, la vessie se vide. L'urine n'est pas sanguinolente.

M. Varnier veut pratiquer immédiatement la délivrance artificielle, mais pénètre d'emblée dans la cavité abdominale. Retirant alors la main, il rentre dans l'utérus où il décolle le placenta qui est putréfié. Il fait un lavage avec de l'eau bouillie et un tamponnement vaginal et utérin avec gaze iodoformée.

T. : 37°6. La mort est imminente.

Ether. Oxygène.

Mort à 2 h. du matin 24 août.

Autopsie : 36 h. après mort (pièces au musée).

2° Il y a eu commencement d'évolution spontanée. On

est arrivé trop tard, il s'agit d'une présentation de l'épaule négligée. Il faut alors recourir à l'*éviscération*.

Nous n'en avons pas d'observation, mais nous pouvons en donner un exemple emprunté à notre ami le docteur Mouchotte.

Obs. 6 *bis*. — (Communiquée par M. le docteur Mouchotte). — *Présentation de l'épaule négligée. — Commencement d'évolution spontanée. — Physométrie. — Eviscération par le docteur Mouchotte. — Guérison.*

C..., Ipare, demeurant à Nogent-sur-Marne, arrivée aux environs du terme de sa grossesse, a une rupture prématurée des membranes le 17 mai 1905. Quelques heures après se montrent les premières contractions utérines douloureuses. Les contractions se répètent fréquentes et énergiques les 18 et 19 mai. La dilatation commencée ne se complète pas, et le soir du 19 mai, la sage-femme inquiète fait appeler le docteur Vicq. Celui-ci constate une présentation inclinée et un utérus rétracté L'enfant est mort. Il tente de compléter la dilatation et applique un écarteur Tarnier, mais l'écarteur ne produit aucun effet et le lendemain 21 mai, le docteur Vicq appelle le docteur Mouchotte.

21. — Dans la matinée la femme a deux frissons.

A midi le docteur Mouchotte examine la parturiente. La vulve est entr'ouverte et laisse passer d'une part, la main gauche du fœtus et un peu plus du poignet correspondant ; d'autre part une *grosse bosse cutanée*, molle, *sonore à la percussion*, appartenant à la région thoraco-abdominale gauche du fœtus et voisine du creux épigastrique fœtal Une odeur infecte s'exhale de la vulve. Le pouls est à 112. L'utérus dessine son relief sous la paroi abdominale, il est redressé, incliné vers la droite et affecte une forme en bissac. Il est tétanisé (la sage-femme a donné plusieurs fois de l'ergot de seigle) et *sonore à la percussion* dans toute son étendue. Le diagnostic de *physométrie* s'impose. L'enfant mort en présentation de l'épaule (dos en arrière,

main gauche à la vulve) a subi un commencement d'évolution spontanée. Des tractions tentées sur la main qui paraît à la vulve, rendent compte que le membre correspondant est tout à fait immobile dans le bassin.

Avec les ciseaux de Dubois, le docteur Mouchotte ouvre la portion thoraco-abdominale du fœtus qui fait saillie à la vulve. Des *gaz* s'échappent. *L'éviscération thoraco-abdominale est faite par cette brèche et les ciseaux sectionnent la colonne vertébrale, en respectant les téguments qui recouvrent le dos du fœtus.*

Cette section intra-fœtale du rachis permet une mobilisation facile des deux tronçons du squelette. Grâce à cette mobilisation et à la place laissée par l'éviscération, on peut facilement aller en haut et à gauche à la recherche du cou fœtal. Très élevé, celui-ci est comprimé entre le bras droit relevé le long du tronc et le moignon de l'épaule gauche calé sur le pourtour du détroit supérieur. *Le crochet de l'embryotome de Ribemont est placé sur le cou d'arrière en avant*; le bras gauche ne peut être que modérément abaissé. *La section pratiquée avec la scie est cervico-thoracique.* L'extraction du tronc, puis de la tête putréfiée et ramollie sont choses faciles.

Derrière le fœtus s'échappent avec bruit *des gaz très fétides.*

Délivrance artificielle immédiate. Les membranes sont diffluentes et fétides. Injection utérine au bichlorure de mercure faible (le seul antiseptique qui soit sous la main), suivie d'un grand lavage à l'eau bouillie à 50°. L'utérus rétracté jusque-là se relâche et ce n'est qu'après 10 minutes de massage intus et extra et d'injection à 50° qu'il revient sur lui-même.

Les jours suivants, le docteur Vicq dut pratiquer quelques injections utérines antiseptiques. Le pouls et la température furent normaux à partir du 4e jour et la femme put se lever complètement rétablie vers le 20e jour.

CHAPITRE II

LA DILATATION EST INCOMPLÈTE MAIS SUFFISANTE POUR LE PASSAGE D'INSTRUMENTS RÉDUCTEURS

La situation est ici beaucoup plus délicate. L'accoucheur en effet se trouve toujours assez embarrassé lorsqu'en présence d'une femme chez laquelle le fœtus a succombé, la longueur du travail et l'apparition de symptômes fébriles réclament une intervention immédiate malgré une dilatation incomplète de l'orifice utérin.

Dans le chapitre précédent, nous avons recommandé quand la dilatation était complète, c'est-à-dire suffisante pour le passage d'une tête fœtale, de diminuer néanmoins les diamètres de celle-ci par un broiement entre les branches du basiotribe, dans le but unique de léser au minimum l'organisme maternel.

Ce que nous estimions la pratique de choix en présence d'une dilatation complète, devient la pratique de nécessité quand on se trouve en face d'un orifice utérin incomplètement dilaté.

Dans ces cas, l'évacuation utérine d'urgence ne doit plus se faire qu'avec l'aide d'instruments réducteurs.

L'opération comprendra toujours deux temps ; *réduire d'abord, extraire ensuite.*

Cette méthode ne sera d'ailleurs employée avec son plein succès, qu'à la condition de se trouver en présence

d'un orifice suffisamment dilaté, ouvert comme une paume de main par exemple. Le basiotribe ne peut en effet réduire la tête fœtale dans des proportions telles, qu'elle puisse ensuite *franchir sans encombre* une dilatation insuffisante, large comme une pièce de deux francs ou comme une pièce de cinq francs.

Dans ces cas, si le basiotribe est un réducteur insuffisant, il constitue du moins un solide agent de traction qui permet en tirant énergiquement, lentement et d'une façon soutenue, d'achever doucement la dilatation jusqu'à rendre possible l'extraction du fœtus réduit.

Est-il nécessaire d'ajouter avec quelle prudence et quelle circonspection cette dernière manœuvre doit être conduite, si l'on songe que l'on a presque toujours affaire à un orifice infiltré qui, chez les multipares, aminci, parfois cicatriciel, ne demande qu'à être déchiré.

Au point de vue du détail opératoire, nous avons à intervenir différemment :

Suivant le degré de dilatation de l'orifice, suivant la présentation du fœtus, suivant enfin que cette présentation est ou n'est pas engagée.

C'est encore en entrant dans le récit des faits vécus, que nous exposerons avec le plus d'avantage la pratique que nous croyons devoir conseiller.

§ 1. — Présentation de la tête.

1° La tête est engagée.

Si la dilatation est avancée (paume de main), le basiotribe est d'application facile et le succès obtenu dans les

deux observations suivantes constitue sa meilleure recommandation.

Obs 7. — Clinique Baudelocque (N° 1332 de 1904). — *Primipare âgée. — Physométrie. — Basiotripsie par M. Sauvage. — Guérison.*

M. M..., 36 ans, Ipare, entre à la clinique le 29 septembre 1904 à midi.

Les dernières règles datent du 26 au 29 novembre.

M. M... ressent les premières douleurs le 26 septembre, elle fait appeler une sage-femme à 11 heures du soir.

La dilatation était de 0 fr. 50, la tête mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Les membranes étaient intactes, les contractions faibles et espacées survenant toutes les 20 minutes.

27. — A 2 heures du soir, la dilatation est de 5 francs, les bords de l'orifice sont durs et épais.

La poche des eaux se rompt spontanément à 9 heures du soir. Des bains de siège (à 38°) sont donnés toutes les deux heures et des injections vaginales antiseptiques sont faites toutes les heures.

La dilatation reste stationnaire.

28. — 9 heures du matin, la dilatation progresse lentement (petite paume). Le sommet s'engage en G. A. Un médecin conseille d'attendre, trouvant la dilatation insuffisante ; les contractions utérines surviennent toutes les demi-heures.

Le soir, l'état général de la femme s'aggrave. Elle est très fatiguée et oppressée.

29. — Matin, la dilatation est d'une grande paume. Le liquide devient fétide, l'auscultation fœtale est négative, il y a du chevauchement des os du crâne

L'état général de M. M... est mauvais ; frissons, T. 38°5, cyanose des extrémités.

Le transport d'urgence à la clinique Baudelocque est décidé.

A l'arrivée : T. : 39°5, P. : 150.

On donne un grand bain et 50 centigrammes de quinine.

M. Sauvage constate que l'utérus est *sonore* dans toute son étendue, le fond remonte à 41 centimètres au-dessus du pubis ; il n'y a pas de contractions utérines.

Il est impossible par le palper de distinguer les parties fœtales. Le fœtus est mort. Des liquides et *des gaz* d'odeur infecte s'échappent par la vulve. M. Sauvage fait après *basiotripsie* l'extraction d'un fœtus sur le corps duquel on ne constate aucune phlyctène.

C'est une fille pesant 3300 grammes sans substance cérébrale.

Le cordon est infiltré.

Délivrance artificielle : le placenta est décollé sur une petite étendue au niveau de sa partie inférieure, il était inséré sur la face antérieure et le fond droit de l'utérus. Les membranes qui se sont déchirées pendant la délivrance sont extraites par fragments.

Une demi-heure après la délivrance, l'utérus est franchement rétracté, on fait alors une grande injection utérine.

Suites de couches. — La température atteint, le 1er et le 2e jour, 39°-39°5 ; 38° pendant les trois jours suivants. P. : 104 à 124.

Injection utérine quotidienne pendant les cinq premiers jours. A partir du 6e jour, les suites de couches sont normales.

La femme quitte le service en bon état vingt jours après l'intervention.

Obs. 8. — Clinique Baudelocque (N° 570 de 1908). — *Primipare âgée. — Rupture précoce des membranes. — Mort du fœtus au cours du travail. — Basiotripsie par M. Mouchotte, la dilatation égalant une petite paume. — Guérison.*

Ch. Bl..., 34 ans, Ipare.

Les dernières règles datent du 14 au 20 juin. Cette femme, arrivée près du terme, n'a jamais consulté pendant sa grossesse.

31 *mars* — 3 heures du soir : apparition des premières contractions utérines douloureuses ; rupture spontanée et précoce des membranes à 9 heures du soir.

1er *avril.* — 5 heures du matin, Ch. Bl.... entre à la salle de tra-

vail. S.A. : 40 centimètres cubes.On fait les constatations suivantes : Paroi abdominale très épaisse ; présentation du sommet en D. P. ; bruits du cœur difficilement perçus. La dilatation est de 5 francs, la hauteur utérine atteint 39 centimètres.

A 10 heures du matin, le liquide est verdâtre, les bruits du cœur fœtal sont très sourds. T. : 37°2, P. : 100.

A 5 heures du soir : petite paume ; l'auscultation fœtale est négative.

A 7 h. 1/2 du soir, M. Mouchotte entendant à l'auscultation du fœtus des bruits isochrones au pouls maternel, n'ose affirmer la mort de l'enfant.

A 8 heures, M. Mouchotte constatant au toucher un léger chevauchement des os du crâne, la mort du fœtus ne paraît plus douteuse. Etant donné la température (38°) et le pouls (124), il décide d'évacuer sans retard l'utérus malgré la dilatation qui est toujours d'une petite paume.

Basiotripsie. Des *tractions lentes et soutenues pendant vingt minutes permettent d'extraire la tête. Le bras postérieur* retenu au-dessus de l'orifice *est fracturé* et abaissé, le reste du tronc est facilement extrait. Derrière le fœtus sort une grande quantité de liquide purée infecte *avec des gaz*. Délivrance artificielle immédiate. Injection utérine prolongée. M. Mouchotte explore la cavité utérine : il existe une petite déchirure du bord de l'orifice, remontant à 2 ou 3 centimètres.

L'utérus est bien rétracté, pas d'écoulement sanguin notable.

A 11 h. 1/2 : T. : 37°6, P. : 140. Sérum salin = 500 c c.

4. — La femme est en bon état. T. : 37° 2, P. : 86.

5. — Douleurs dans le mollet droit. T.s. : 37° 8.

6. — Rougeur diffuse du mollet droit.T. : 40° 2, P. : 150.

7. — Il existe un érysipèle de tout le membre inférieur droit, semblant avoir pour point de départ l'injection de sérum antistreptococcique.

La femme est transportée à l'Institut Pasteur d'où elle est sortie complètement guérie après un mois de séjour.

Mais la dilatation peut être moins avancée, et l'application complète de l'appareil impossible.

Dans ces conditions, il sera préférable de pratiquer d'abord une simple craniotomie avec le perforateur du basiotribe. Ce premier temps accompli et le perforateur retiré après dilacération de la matière cérébrale, on chassera celle-ci par une injection dirigée dans la boîte crânienne, à l'aide d'une simple canule vaginale.

Puis on placera sur l'orifice de trépanation des pinces à deux ou trois mors ou des pinces à plateaux, des pinces à kystes, qui permettront une prise très solide sans déchirer le tissu osseux.

C'est alors que, pénétré de l'utilité qu'il y a à agir lentement..,

> « Patience et longueur de temps,
> Font plus que force ni que rage. »

on exercera sans brutalité des tractions énergiques et soutenues pendant le temps qui sera nécessaire, c'est-à-dire pendant vingt minutes, pendant une demi-heure,... et les minutes paraissent toujours trop longues aux jeunes accoucheurs, ainsi que se plaît à le répéter M. le professeur Pinard.

Enfin la dilatation deviendra suffisante pour le passage de la tête vidée et amoindrie (obs. 9, 10 et 11).

Obs. 9. — Clinique Baudelocque (N° 275 de 1906). — *Utérus fibromateux. — Lenteur du travail. — Rupture précoce des membranes — Application de forceps. — Mort de l'enfaat pendant le travail. — Physométrie. — Craniotomie et application de pinces sur l'orifice de trépanation par M. Sauvage. — Guérison.*

T. P...; Ipare, 29 ans.

Les dernières règles datent du 1er au 4 mai. T. P.... entre à la clinique le 11 février à 11 heures du soir.

Le début de travail a eu lieu le 10 février à 1 heure du matin.

On constate à l'entrée : Présentation du sommet engagé en G. A., tête mal fléchie, enfant vivant, dilatation de 5 francs, liquide vert.

12. — 9 h. du matin : toujours 5 francs, cœur fœtal : 160 ; T. : 38°, P. 128. S. A. = 40 centimètres cubes.

Injections à 50° entre la tête fœtale et l'orifice utérin toutes les deux heures. Les contractions utérines sont faibles et rares.

6 h. du soir : La dilatation est grande comme une petite paume, l'orifice est œdématié. Cœur fœtal : 176 ; T. : 38°, P. : 128.

9 h. du soir : Cœur fœtal (196) devient irrégulier.

Le fond et la partie moyenne de l'utérus *sont sonores*.

L'orifice est dilaté comme une paume de main.

Une odeur infecte s'exhale des organes génitaux.

A 10 h. du soir, les bruits du cœur étant encore perceptibles, M. Sauvage tente avec beaucoup de prudence une application de forceps.

Disparition des bruits du cœur. *M. Sauvage fait alors une craniotomie avec le perforateur du basiotribe. Une couronne de pinces à 4 et 6 mors est posée sur l'orifice de perforation.* Extraction lente d'une fille pesant 3.500 gr., sans matière cérébrale.

Derrière l'enfant s'échappent *des gaz* et un liquide d'une odeur infecte. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 600 grammes.

Membranes complètes (37/5). Injection intra-utérine après rétraction de l'utérus.

Suites de couches normales.

La femme sort en bon état, le 23 février.

Obs. 10. — Clinique Baudelocque (N° 916 de 1906). — *Luxation dite congénitale de la hanche. — Rupture prématurée des membranes. — Lenteur du travail. — Physométrie. — Craniotomie suivie de l'extraction lente avec pinces par M. Sauvage. — Mort au 9e jour.*

V. A... 30, Ipare. Dernières règles du 17 au 20 août.

Entre au dortoir le 18 mai. A 8 heures du matin a eu lieu la rupture prématurée des membranes

23 *mai*. — A 6 h. du matin ; début du travail. Présentation de l'extrémité céphalique mobile, dos à gauche ; H.U : 36 centimètres. Le promontoire est accessible ; la dilatation se fait lentement.

On donne une injection intra-cervicale à 50°.

24. — Matin, dilatation de 1 franc ; soir, même état.

25. — 6 h. du matin, dilatation entre 2 et 5 francs, orifice œdématié.

10 h. du matin, la tête est engagée et appuie franchement sur l'orifice.

A 10 h. du soir, la dilatation est de 5 francs. Injection intra-cervicale à 50°.

A minuit, la dilatation est toujours de 5 francs, le liquide amniotique est vert. Cœur fœtal : 116. Les contractions utérines sont rares.

Bain.

26. — 7 h. du matin, le liquide devient fétide, les bruits du cœur fœtal se ralentissent.

T. : 38°3, P. : 132.

A 8 h., cœur fœtal : 110.

A 9 h., Mlle Roze constate que l'utérus est tendu et *crépite sous le doigt*. Les bords de l'orifice sont tranchants, au-dessus il existe un anneau œdémateux assez considérable. Le liquide amniotique est extrêmement fétide. Auscultation fœtale négative.

A 10 h., l'utérus augmenté de volume est *sonore sur toute son étendue*. Absence complète de contractions.

M. Pinard dicte la conduite à suivre et M. Sauvage pratique sous chloroforme la *craniotomie* du fœtus puis saisit la tête en appliquant une *couronne de pinces sur l'orifice de trépanation*. L'extraction a lieu par tractions lentes et soutenues.

Au bout de dix minutes l'utérus est rétracté et l'on fait la délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

L'enfant pèse 3.000 grammes ; le placenta : 700 grammes.

Pendant l'intervention s'exhale une odeur infecte et *des gaz* s'échappent de l'utérus.

Suites de couches : Ecoulement lochial fétide et noirâtre. Injections

vaginale et intra-utérine à l'aniodol. S. A. = 40 centimètres cubes.

9 h. 1/2 du matin : frisson, T. : 38°6, P : 120.

Le ventre est souple, l'utérus assez douloureux. M. Pinard prescrit des diaphorétiques et de l'alcool. L'écoulement lochial devient moins fétide. Escharre vaginale (teinture d'iode).

29 *mai*. — La température se maintient entre 39° et 40° malgré nombreuses injections vaginales.

30. — La température ne dépasse pas 37°6, mais le pouls se maintient entre 100 et 140.

Une injection intra-utérine ne ramène aucun débris Selles abondantes.

31. — A 4 heures du soir, la température remonte à 39° et le pouls atteint 148.

A 6 heures du soir : T.: 38°8,P.: 148.Morphine (1/2 centigramme).

1er *juin*. — T. : entre 38 et 38°9, P. : 125 à 130. Injections vaginales à l'eau oxygénée. Grand lavage intestinal.

A minuit : Hoquet persistant, vomissements verdâtres. Morphine (1/2 centigr.).

2. — Même état. Sonde rectale, injections à l'eau oxygénée.

3. — Plusieurs lavements de vin sont donnés pendant la journée.

La température oscille entre 38° et 39°. Le pouls entre 130 et 160.

4. — La femme meurt à 4 heures du matin.

Opposition à l'autopsie.

Obs. 11. — Clinique Baudelocque (N° 1953 de 1907). — *Rupture des membranes au début du travail. — Dilatation stationnaire. — Mort du fœtus au cours du travail. — T.* : 40°, *P.* : 140. — *Physométrie. — Craniotomie par M. Lacasse. — Extraction du fœtus avec pinces par M. Mouchotte. — Guérison.*

B. A..., Ipare de 28 ans. Dernières règles du 23 au 25 février.

B. A... entre au dortoir le 8 décembre à 4 heures du soir. Enfant vivant, extrémité céphalique. Pas d'albumine.

11 *décembre*. — A midi apparaissent les premières contractions utérines douloureuses en même temps qu'a lieu la rupture sponta-

née des membranes : le liquide amniotique est teinté de méconium.

A 2 h. du soir, cette femme entre à la salle du travail. La hauteur utérine est de 38 centimètres. L'enfant est vivant et se présente par l'extrémité céphalique orientée en G. T. La dilatation est de 50 centimes. Les contractions utérines sont peu fréquentes et peu énergiques.

A 9 h. du soir, la dilatation est de 1 franc. Les contractions utérines surviennent environ toutes les dix minutes. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

A minuit, la dilatation n'a pas varié, mais la tête tend à descendre dans l'excavation. Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

12. — 1 h. du matin, B. A... est toujours dans le même état ; les contractions utérines sont peu fréquentes. T. : 37°2, P. : 96. S. A. : 40 centimètres cubes.

Jusqu'à 10 h. du matin, la situation reste la même. A 10 h. du matin, M. Pinard constate que la tête est bien engagée, orientée en G. A. et conseille l'expectation.

A midi, H. U. : 38 centimètres, les contractions utérines disparaissent.

A 2 h. du soir, frisson de dix minutes. T. : 40°, P. : 120. La hauteur utérine est de 41 centimètres.

B. A... est immédiatement transportée à l'isolement.

A 3 h. du soir, M. Mouchotte constate que le fond utérin s'est élevé de 3 centimètres, H. U. : 44 centimètres. La moitié supérieure de l'utérus est *sonore*.

La dilatation est de 2 francs.

M. Pinard conseille alors de pratiquer une craniotomie et d'extraire lentement le fœtus avec des pinces.

A 4 h. du soir, M. Lacasse pratique *la craniotomie* sous chloroforme, puis M. Mouchotte applique successivement *sur l'orifice de perforation des pinces à griffes, des pinces à kystes, des pinces à os*. Les os du crâne sont successivement arrachés, le cuir chevelu se déchire. *Des tractions lentes, soutenues sont exercées pendant plus d'une heure.* Lentement et progressivement l'orifice se dilate et la tête le franchit, mais les épaules sont retenues. *Le bras postérieur est*

attiré au dehors après fracture. Le reste du fœtus est alors facilement extrait. Derrière le fœtus s'écoule une grande quantité de liquide verdâtre, noirâtre, très fétide avec *des gaz* (fœtus 3 400 grammes sans substance cérébrale).

Délivrance artificielle immédiate et injection intra-utérine au biiodure avec toutes les précautions à prendre en cas de physométrie. Après l'intervention. T. : 37°2, P. : 100.

13 et 14. — Température normale ; pouls : 100 à 110.

15. — Soir T. : 38° ; une injection utérine ramène un liquide sale.

Durant ces trois jours, quotidiennement S. A. : 80 centimètres cubes. A partir du 16 décembre suites de couches normales. La femme sort en bon état, seize jours après l'intervention.

Quelquefois, à la couronne de pinces on pourra substituer l'application de la petite branche du basiotribe, qui constitue avec le perforateur un agent assez puissant de traction. Nous en connaissons des exemples dans les cas d'extraction du fœtus mort, alors qu'il n'y avait pas de physométrie, et le succès couronna l'entreprise.

La seule observation de physométrie où cette technique fut appliquée ne paraît pas au premier abord en faveur de la méthode puisque perforateur et branche gauche dérapèrent. Il est vrai qu'un insuccès ne doit pas faire rejeter une méthode. D'ailleurs, le dérapage ne se produisit qu'après une traction déjà lente et soutenue qui eut pour effet utile d'agrandir l'orifice utérin et de permettre par la suite une application complète de basiotribe et en définitive un succès opératoire.

Obs. 12. — Clinique Baudelocque (N° 1042 de 1907). — *Enfant mort pendant le travail. — Œdème du col. — Physométrie. — Basiotripsie par M. Mouchotte, la dilatation égalant 5 francs. — Guérison.*

D. B..., 25 ans, Ipare.

Dernières règles du 14 au 16 septembre.

Arrive à la clinique le 1er juillet à 7 h. du soir.

On fait les constatations suivantes :

Présentation du sommet engagé en G.A., enfant vivant, membranes intactes, dilatation de 1 franc, hauteur utérine de 35 centimètres, pas d'albumine dans les urines.

D. B. . . est conduite chez une sage-femme agréée de la clinique.

2 *juillet.* — Les contractions utérines sont régulières, la rupture des membranes a lieu spontanément, la dilatation étant de 2 francs.

Malgré la régularité des contractions, la dilatation reste stationnaire.

La femme est ramenée à la clinique le 2 juillet.

A minuit, T. : 37°2, P. : 108.

L'enfant est toujours vivant, le liquide amniotique est verdâtre et l'orifice est œdématié.

On donne toutes les trois heures des injections intra-cervicales à l'aniodol. S. A. : 40 centimètres cubes.

Cœur fœtal : 152.

3. — A midi, la dilatation est de 5 francs.

7 h. du soir : la dilatation n'a pas progressé ; les contractions sont espacées et peu efficaces.

A 11 h. du soir, les bruits du cœur fœtal qui étaient montés à 176, descendent à 100.

L'orifice s'infiltre de plus en plus.

A 1 h. du matin, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

4. — 4 h. du matin : lavement évacuateur, grand bain d'une heure ; S. A. : 40 centimètres cubes. La hauteur utérine est mesurée toutes les demi-heures et reste invariable. La percussion de l'utérus ne donne pas de tympanisme.

9 h. du matin, les contractions utérines s'espacent davantage encore. L'orifice utérin très infiltré constitue un véritable anneau résistant dont les dimensions sont toujours de 5 francs.M. Mouchotte constate à la percussion que le fond utérin est sonore.

10 h. du matin. Le fond utérin s'est élevé, la sonorité de l'utérus est plus appréciable, l'état de l'orifice ne change pas, le liquide est fétide.

M. Pinard conseille la craniotomie, suivie de l'application de la petite branche du basiotribe.

11 h. du matin. *Craniotomie* sous chloroforme. La tête très engagée appuie bien sur l'orifice,le perforataur est introduit sur la suture sagittale.

M. Mouchotte fait alors glisser la *branche gauche du basiotribe* qu'il rapproche du perforateur : Tractions : L'appareil dérape. Nouvelle introduction du perforateur et de la branche gauche. La branche droite peut, elle aussi, être introduite : Broiement.

Pendant vingt minutes, tractions lentes et soutenues. La dilatation s'achève progressivement, en même temps que se produisent d'ailleurs de légères ruptures de l'orifice.

Le fœtus est extrait ; derrière lui s'échappent une grande quantité de liquide fétide et de nombreux *gaz*.

Délivrance artificielle immédiate, suivie d'irrigation utérine prolongée.

A 3 h. du soir, frisson violent. T. : 37°6, P. : 130.

Pendant les trois jours qui suivent on fait une injection quotidienne de sérum antistreptococcique et l'on pratique le 5 juillet une injection intra-utérine qui ne ramène pas de débris.

La femme part en bon état le 1er août.

La technique que nous venons de voir appliquée fut, il y a quelques années déjà, nettement formulée par M. le professeur Pinard à l'occasion d'un cas de physométrie.

Dans ce cas, la dilatation était grande comme 5 francs

et après une craniotomie, on s'était contenté d'attendre l'expulsion spontanée.

Nous citerons ici pour l'exemple et pour la *critique*, cette observation qui trouverait plus loin sa place logique, puisque la tête n'était pas engagée.

Obs. 13. — Clinique Baudelocque (Obs. 1429 de 1892). — *Bassin vicié, fœtus mort, œuf ouvert. — Craniotomie, par M. Varnier. — Physométrie. — Expulsion de la tête, rétention du tronc, dégagement des bras. — Accidents convulsifs à la suite d'une injection intra-utérine faite deux heures après l'accouchement.— Guérison.*

Mme X..., primipare, âgée seulement de quinze ans, mais réglée à l'âge de douze ans et depuis très régulièrement jusqu'au mois de février 1892, ses règles s'étant montrées pour la dernière fois du 27 décembre 1891 au 2 janvier 1892. Elle était enceinte et à terme, lorsqu'elle se présenta à la clinique Baudelocque le 3 octobre à huit heures du soir, disant ne plus sentir remuer son enfant depuis le matin. On l'examina. Le fond de l'utérus s'élevait à 33 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. On trouva un fœtus volumineux en présentation du sommet non engagé, en position gauche, variété transversale ; la tête était très inclinée sur le pariétal postérieur.

Le bassin était petit, puisque avec un seul doigt on arrivait sur l'angle sacro-vertébral. Et l'on constatait encore au toucher que le col de l'utérus était en voie d'effacement, la poche des eaux rompue, du liquide amniotique coloré en vert s'écoulant par le vagin.

A l'auscultation, on n'entendait aucun bruit fœtal ; la santé antérieure de cette femme avait toujours été bonne, avant et pendant sa grossesse ; ses urines ne contenaient pas d'albumine.

Le 4 octobre, à 6 h. du matin, la dilatation était grande comme une pièce de 1 franc, et, à 10 h. du matin, comme une pièce de 5 francs. La tête ne s'engage pas ; seule la bosse séro-sanguine progresse, l'inclinaison sur le pariétal postérieur persiste. Les condi-

tions d'une bonne dilatation font par conséquent défaut ; les bords de l'orifice du col s'indurent. Le liquide amniotique dégage une odeur fétide, mais la température est normale.

M. Varnier pratique une craniotomie à 10 h. 30 du matin, sous le chloroforme, en perforant sur la ligne médiane et tout contre le pubis par la suture sagittale ou en un point très voisin. Le perforateur est porté dans tous les sens pour dilacérer le cerveau, et une injection intra-crânienne, faite avec une sonde de verre à injection intra-utérine, entraîne la substance cérébrale. On place un pansement occlusif sur la vulve, et l'on attend.

A 10 h. du soir, malgré des contractions fréquentes et énergiques, la dilatation n'a pas augmenté. Les bords de l'orifice du col s'indurent. L'orifice de perforation, qui le matin se trouvait immédiatement derrière le pubis, et tout près de son bord supérieur, se trouve maintenant à 6 centimètres en arrière du bord inférieur de la symphyse. La fétidité de l'écoulement a augmenté ; la température reste normale. Il est impossible, étant donnée l'insuffisance de la dilatation, de songer à pratiquer l'extraction du fœtus.

On fait des injections fréquentes, et l'on surveille attentivement la température qui est de 37°7 à minuit et de 37°9 à 4 h. du matin. A 5 h. 1/2 du matin, le 5 octobre, bien que la dilatation soit incomplète, la tête vidée s'aplatit suffisamment pour être expulsée ; mais le tronc ne suit pas, malgré les tractions énergiques pratiquées par la sage-femme adjointe de service. Celle-ci envoie chercher M. Varnier, qui trouve, à son arrivée, la tête aplatie, putréfiée, seule au dehors des parties génitales. Il n'y a plus de contractions utérines, mais seulement des poussées volontaires. La température s'est élevée à 39°1 ; le ventre est très développé, et s'est développé surtout depuis l'expulsion de la tête. Il est 7 h. du matin.

La femme est transportée dans le service d'isolement, et là, M. Varnier, introduisant toute la main dans les parties génitales, pratique la manœuvre de Ribemont-Dessaignes ; il abaisse successivement les deux bras. Le thorax est alors aisément extrait, mais il faut tirer énergiquement pour extraire l'abdomen du fœtus — augmenté de volume — et, derrière l'extrémité pelvienne extraite,

est projeté avec bruit un flot de liquide putride, d'une odeur épouvantable. M. Varnier fait immédiatement la délivrance artificielle, puis pratique une injection intra-utérine avec un litre d'eau phéniquée à 5 p. 100, puis avec plusieurs litres de solution de biiodure à 1 p. 4.000.

Le fœtus est putréfié, considérablement augmenté de volume par une infiltration gazeuse ; il pèse 3.030 grammes. La tête vidée, aplatie, mesure dans son diamètre bizygomatique, le seul qui ait subsisté, 7 cent. 1. Le diamètre bi-acromial, réduit au maximum, mesurait 9 cent. 5. Ce n'est donc pas le diamètre qui a rendu si difficile l'extraction du tronc, mais bien le volume du ventre. Les annexes du fœtus ne présentaient rien de particulier.

Nous venons de voir qu'à 7 h. du matin, cette femme avait une température de 39°1 ; immédiatement après l'extraction du fœtus, à 7 h. 30, la température est tombée à 38°4. Deux heures après, sur le conseil de M. Varnier, suivant la méthode préconisée par MM. Pinard et Varnier, la femme est soumise à l'irrigation continue ; mais à peine la canule est-elle dans l'utérus que la femme est prise de mouvements convulsifs, suivis d'un coma assez prolongé. Il s'écoule immédiatement des organes génitaux une notable quantité de sang pur. La canule est tout de suite retirée. La respiration et le pouls sont fréquents. Le visage est couvert d'une sueur froide. La femme est dans un état des plus inquiétants. On l'entoure de linges chauds ; elle reçoit six injections d'éther et reprend enfin connaissance une demi-heure après le début des accidents.

L'utérus, resté inerte jusqu'alors, se rétracte.

L'état général reste très grave ; à 11 h. 1/2 du matin la température est de 35°6 et de 35 à 1 heure. Il y a de l'agitation, du délire, de la dyspnée, des sueurs froides. On fait de nouvelles injections d'éther, on administre des grogs et de la caféine. A 4 h. la température remonte à 36°, l'agitation se calme pour disparaître à minuit. A partir de ce moment, la température est restée normale ; les suites de couches ont été physiologiques et cette femme a quitté la clinique, en parfait état.

Nous ne saurions mieux faire que de laisser maintenant la parole à notre maître, en citant les très intéressants commentaires (1) auxquels il se livra, à propos de la précédente observation.

« Dans une circonstance identique, dit-il, je serais « porté à modifier ma conduite de la façon suivante : à tra- « vers l'orifice utérin dilaté, comme il l'était au moment où « on a pratiqué la craniotomie, j'introduirais le perforateur « du basiotribe de Tarnier et j'exécuterais avec cet instru- « ment la craniotomie, mais je ne m'en tiendrais pas là : « laissant le perforateur en place, j'introduirais prudem- « ment — et la dilatation serait suffisante pour cela — la « branche gauche du basiotribe et je pratiquerais *le premier « temps de la basiotripsie, c'est-à-dire le petit broiement* ; « puis laissant mon instrument en place, lequel tiendrait « solidement la tête diminuée de volume, j'exercerais des « *tractions lentes et soutenues qui auraient pour résultat de « hâter la dilatation, en faisant agir la tête à demi broyée « comme un véritable coin sur l'orifice utérin.* J'arriverais « ainsi à provoquer une dilatation rapide, sans m'exposer à « une rupture utérine, et j'estime que je diminuerais pour « la femme les chances d'infection par son fœtus putréfié, « en accélérant la marche du travail. »

2° La tête n'est pas engagée.

Si les accidents ne sont pas pressants, et c'est nous le savons déjà la grande exception, on pourra, comme dans l'observation 14 où le pouls est à 88 et la température 37°,

(1) Pinard, *Clinique obstétricale*, Paris, G. Steinheil, 1899.

en surveillant attentivement la femme, achever rapidement la dilatation par la pose d'un ballon Champetier.

Cette pratique n'est bien entendu possible que si la tête n'est pas engagée. Quand la dilatation est achevée, on opère comme dans le cas de dilatation complète.

Obs. 14. — Clinique Baudelocque (N° 984 de 1903). — *Membranes rompues à l'arrivée. — Putréfaction fœtale. — Physométrie. — Pose d'un ballon Champetier. — Extraction du fœtus avec des pinces à mors par M. Sauvage. — Guérison.*

Le 3 juin, à 8 h. du matin, arrivait à la clinique une primipare de 27 ans, soumise depuis plusieurs mois par M. Sauvage au traitement mercuriel, en raison d'une syphilis connue du père et d'une syphilis secondaire diagnostiquée au début de la grossesse.

Cette femme, dont les antécédents ne présentent rien de particulier en dehors de cette syphilis récente, avait eu ses dernières règles du 25 au 27 octobre. Elle disait souffrir du ventre depuis trois jours d'une façon continue et avoir vu depuis cette époque son ventre augmenter rapidement et progressivement de volume dans des proportions notables.

A l'entrée à la clinique, on constate que le fond de l'utérus se trouve à 38 centimètres au-dessus du pubis. La paroi utérine est tendue au maximum, les deux cornes utérines se dessinent sous la peau. Il est impossible de sentir aucune partie fœtale.

Auscultation négative.

Par le toucher, on trouve le col non effacé, entr'ouvert. Dans l'orifice fait saillie une petite poche qui au premier examen donne la sensation d'une poche des eaux. Interrogée, la femme affirme de la façon la plus formelle qu'elle n'a pas perdu les eaux. L'état général n'est pas mauvais, T. : 37°, P. : 80 ; le facies est un peu inquiet, il y a une légère dyspnée.

En raison des sensations fournies par le palper, en raison de la syphilis paternelle, le diagnostic fut celui d'*hydramnios à évolution rapide.*

A 9 h. 30, M. Couvelaire s'apprête à rompre les membranes ; le doigt introduit dans l'orifice prend contact avec la poche, un perce-membranes est glissé sur le doigt, mais la poche semble fuir devant l'instrument. M. Couvelaire demande alors une pince, accroche la poche et la déchire. Un peu de liquide sanglant s'écoule pendant que du bout du doigt, l'opérateur arrive sur la surface dénudée d'un os crânien. La bosse sanguine d'un macéré venait d'être dilacérée.

Immédiatement M. Couvelaire percute l'utérus et constate qu'il est *sonore* sur toute sa surface : le diagnostic de physométrie devenait évident

Un ballon Champetier petit modèle (180 grammes) est immédiatement introduit dans l'utérus dans le but de provoquer une dilatation suffisante pouvant permettre de vider au plus tôt l'utérus.

Il est midi ; T. : 37°1, P. : 88.

A 3 h., T : 38°9, P. : 88.

A 5 h., la dilatation est d'une petite paume. M. Sauvage extrait le ballon et, sous chloroforme, procède au milieu d'un *dégagement de gaz infects* à l'extraction de l'enfant. *Il se sert pour saisir et entraîner la tête de pinces à os et de pinces Museux.*

L'enfant macéré est en voie de putréfaction, mais non emphysémateux : il pèse 1.150 grammes.

Délivrance artificielle immédiate. Placenta : 250 grammes.

Après la délivrance, M. Sauvage pratique une injection intra-utérine, mais pendant l'injection, la femme est prise d'une toux quinteuse et de contractions de tous les membres. Ces contractions durent vingt minutes. L'injection est immédiatement suspendue.

L'utérus se rétracte bien.

Après le réveil : T. : 37°, P. : 96.

Les 10, 11, 12, la température oscille entre 37° et 37°2.

La femme quitte le service en bon état.

Cependant si l'utérus était déjà vidé de son liquide depuis un certain temps, s'il était contracturé, tétanisé, le

gonflement d'un ballon pourrait s'accompagner de rupture utérine et il serait dangereux d'y avoir recours.

De même si l'état général de la femme était mauvais, il faudrait agir vite et se comporter comme si la tête était engagée.

a) La dilatation est-elle avancée ? on pratiquera une basiotripsie.

Obs. 15. — Clinique Baudelocque (N° 1375 de 1905). — *Bassin rétréci. — Rupture prématurée des membranes deux jours et demi avant l'accouchement. — Début de physométrie. — Basiotripsie par M. Mouchotte — Curettage — Guérison.*

B. P..., 26 ans, Ipare. Dernières règles du 3 au 7 décembre. Entre à la clinique le 10 septembre à 11 heures du soir.

Début du travail et rupture des membranes le 10 septembre à 6 heures du matin.

A l'entrée, la dilatation est de 5 francs, H.U : 35 centimètres.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite.

Enfant vivant. T. : 38°, P. : 108.

11 *septembre*.— 10 heures du matin : le liquide amniotique est vert et très fétide. Dilatation stationnaire.

La vessie ne peut être évacuée et forme une tumeur qui empêche de pratiquer le palper mensurateur.

Douleurs peu fréquentes.

Bain d'une heure.

3 heures du soir, même dilatation, enfant vivant, S.A. : 40 centimètres cubes. T. : 38°3, P. : 128. Bain d'une heure.

Injections chaudes toutes les deux heures.

12. — 4 heures 1/2 du matin. La dilatation est d'une petite paume de main. Bruits du cœur fœtal sourds et irréguliers. Orifice utérin infiltré.

Une grosse bosse séro-sanguine descendant dans l'excavation rend le toucher infructueux. La tête déborde toujours le détroit supérieur

et la vessie distendue rend toujours impossible le palper mensurateur.

T. : 38°5, P. : 116.

9 heures du matin : T. : 38°5, P. : 128.

Le fond de l'utérus devient *sonore* à la percussion : il y a *physométrie*. Les contractions sont irrégulières et faibles. Les bruits du cœur sont ralentis.

11 heures du matin, les bruits du cœur ont disparu, la dilatation n'a pas progressé depuis 4 heures du matin (petite paume).

Vomissements bilieux. P. : 128.

Sur les conseils de M. Pinard, M. Mouchotte fait une *basiotripsie* sous chloroforme. La tête sortie des organes génitaux reste appliquée contre la vulve et des tractions énergiques ne parviennent pas à extraire le fœtus. *Le bras postérieur ne peut être abaissé qu'après fracture.*

Le bras postérieur sorti, l'épaule antérieure reste accrochée au-dessus du pubis. M. Mouchotte, à l'aide de tractions exercées sur le bras extrait et sur le cou, transforme cette épaule en postérieure, puis abaisse le bras correspondant Le reste du tronc sort facilement. L'enfant, un garçon, pèse 2.500 gr., sans substance cérébrale).

Délivrance artificielle immédiate. Les membranes restent en totalité dans l'utérus. Injection utérine prolongée au biiodure. Le bord droit du vagin déchiré est suturé par un surjet au catgut Mèche vaginale de gaze iodoformée. S. A. : 60 centimètres cubes.

1 h. 30 du soir : sérum salin : 500 grammes ; T. : 37°6, P. : 128.

13. — Matin, T. : 36°4, P. : 104.

La malade urine par regorgement. Cathétérisme. Les dernières gouttes d'urine renferment de petits débris sphacélés. Injection vaginale à l'eau oxygénée. Une nouvelle mèche vaginale iodoformée est placée. S. A. : 40 centimètres cubes ; sérum salin 500 grammes. T. s. : 36°8, P. 100.

14. — T. m. : 36°6 ; P. : 100. S. A : 40 centimètres cubes. Sérum 500 grammes. Cathétérisme. La mèche iodoformée est enlevée. Injection vaginale à l'aniodol. T. s. : 38°2, P. : 136. Injection utérine à l'eau oxygénée. Lochies fétides. Quelques débris membraneux.

15. — T. m. : 37°, P. : 116 ; S. A. : 40 centimètres cubes. Sérum 500 centimètres cubes. Injection vaginale, cathétérisme. T. s. : 37°6; P. : 128. Injection utérine. Débris membraneux.

16. — T. m. : 36°8, P. 100 ; S A. : 40 cent. cub.

T. s. : 37°, P. : 116. 3 injections vaginales.

17. — T. m. : 36°4, P. : 100, 3 injections vaginales.

T. s. : 37°8, P. : 120.

18. — T. m. : 39°6, P. : 126. M. Mouchotte pratique un curettage. La curette ramène quantité de fragments membraneux. S. A. : 40 cent. cub. Sérum salin 500 cent cub.

19. — Ablation de la mèche utérine. Injection intra-utérine Eschares vulvaires touchées à la teinture d'iode.

20 *septembre et jours suivants.* — Injection vaginale. Température normale.

La femme quitte le service le 5 octobre en bon état.

b) La dilatation est-elle à son début, c'est à la craniotomie simple, suivie de tractions avec pinces que l'on aura recours ; ce pourra être encore à la craniotomie et au petit broiement avec tractions.

Obs. 16. — Clinique Baudelocque (Obs. 282 de 1900). — *Hydrocéphalie. — Rétention du fœtus putréfié. — Physométrie. — Ponction par M. Paquy suivie d'extraction avec pinces à kyste. — Guérison.*

B. C. ., 18 ans, Ipare, entre à la clinique le 13 février. Dernières règles : 7 au 10 juin. Hauteur de l'utérus = 35 centimètres. Urine normale.

La grossesse semblait évoluer normalement, lorsque le 10 février, au cours du 8° mois, à 8 h. du matin, les membranes se rompent: Pas de contractions utérines douloureuses. Depuis, les mouvements actifs du fœtus ont cessé ; le 12 février dans la soirée, contractions douloureuses, frissons. Elévation de température. Un médecin appelé fit transporter la femme à Baudelocque où elle arrive à 6 h. soir le

13 février. A l'examen on trouve une présentation longitudinale ; on ne peut préciser davantage à cause de la dureté de l'utérus.

Col en voie d'effacement, dilatable comme 0 fr. 50.

Il s'écoule de la vulve un liquide très fétide. P. : 112, T. : 39°2. Introduction d'un ballon Champetier.

A 9 h. soir, M. Paquy examine la femme. P. : 112, T. : 39°2. Ce qui frappe d'abord, c'est le développement exagéré de l'utérus qui mesure 35 centimètres, ne correspondant pas à l'âge de la grossesse. La tétanisation de l'utérus rend le palper fort difficile ; on sent cependant un plan résistant à droite En bas : partie fœtale volumineuse ; mais on ne peut dire si c'est la tête ou le siège. Au fond de l'utérus on ne perçoit pas le sillon du cou ; à ce niveau, en percutant, on obtient une *sonorité* manifeste ; auscultation fœtale négative.

Toucher : Excavation vide. Col dilatable comme 2 francs, orifice infiltré. Le doigt arrive sur un pariétal. Poursuivant l'exploration, on atteint un large espace membraneux, qui donne une sensation de tension très nette ; on ne peut atteindre le bord interne de l'autre pariétal.

A gauche, les deux bords de l'espace membraneux se rapprochent et constituent la suture dite frontale. A droite, pointe de l'occipital. Diagnostic : hydrocéphalie. Putréfaction fœtale. *Physométrie.*

A 9 h. 30 soir : chloroforme.

9 h. 45 soir : M. Paquy introduit 2 doigts dans l'orifice, puis 3, puis 4, de façon à porter la dilatation jusqu'à la dimension d'une petite paume. A l'aide d'un long trocart, il ponctionne la tête au niveau de l'espace membraneux. Aussitôt s'écoulent 1200 centimètres cubes de liquide citrin. Le pariétal droit est saisi à l'aide d'une pince à kyste et on attire petit à petit la tête à la vulve. Le pariétal est arraché. Mais l'occipital saisi donne une prise plus solide et la nuque est bientôt sous la symphyse. La main droite est mise dans le vagin ; un doigt introduit dans la bouche permet l'extraction aisée de la tête. Dégagement du tronc facile. Le fœtus est extrait à 10 h. soir. Derrière le fœtus, il s'écoule une certaine quantité de liquide purée de pois, mélangé de gaz fétides.

Délivrance artificielle. Placenta inséré sur paroi postérieure à peu de distance de l'orifice pèse 420 gr.

Injection intra-utérine. L'utérus se rétracte rapidement.

Suites de couches : 1er jour ; T : 39°2.

2e jour : normale.

3e jour : matin, T : normale, soir, 38°8, P. : 96.

4e jour : matin, T : normale, soir, 38°2, P. : 96.

5e jour : matin, T : normale, soir 39°, P. : 120.

6e jour : matin, T : normale, soir, 38°4, P. : 90.

Injections intra-utérines prolongées matin et soir (aniodol).Suites de couches normales à partir du 6e jour.

La lecture des différentes observations qui précèdent montre qu'assez fréquemment, alors que la tête plus ou moins réduite a franchi l'anneau vulvaire, on éprouve de la résistance lorsqu'il s'agit de dégager les épaules.

Cette difficulté sera vite surmontée si l'on songe — et nous ne saurions trop insister sur ce point de détail — à introduire la main au-dessus de l'orifice afin d'abaisser un des bras. Si l'on éprouvait la moindre résistance, il faudrait se rappeler que le fœtus mort doit être considéré comme un corps étranger, et fracturer l'humérus. De la sorte un traumatisme inutile serait évité à la mère (Obs. 8, 11, 15).

§ 2. — **Présentation du siège.**

Dans le cas de présentation du siège avec dilatation incomplète au cours de physométrie, nous estimons qu'il conviendrait de faire une application de basiotribe qui agirait comme agent réducteur, c'est entendu, mais surtout comme agent de tractions pour achever la dilatation.

Une fois le tronc extrait, si l'on éprouvait quelque difficulté au passage de la tête, il ne faudrait pas hésiter à faire une basiotripsie sur tête dernière, toujours pour éviter le trauma pour la mère.

Si cette conduite ne fut pas suivie dans l'observation que nous allons citer, c'est que le pouls maternel oscillait entre 118 et 130 et que l'auscultation ne pouvait permettre de conclure à la mort du fœtus.

Obs 17. — Clinique Baudelocque (N° 1433 de 1908). — *Rupture prématurée des membranes cinq jours avant l'accouchement. — Primipare âgée venant du dehors, ayant à l'arrivée T.* : 38, *P.* : 112. — *Siège décomplété en GT. — Pose d'un ballon vaginal de 650 centimètres cubes. — Incertitude sur la mort du fœtus. — Extraction manuelle du fœtus, la dilatation étant d'une petite paume*, par M. Lacasse. — *Enfant mort. — Issue de gaz utérins après son extraction.*

M. Gr..., 37 ans, Ipare. Dernières règles du 30 octobre au 5 novembre.

M. Gr... sent le 17 août les premières contractions utérines douloureuses à 7 heures du soir.

18 août. — A minuit, rupture des membranes.

19, 20, 21 et 22. — Légères contractions.

22. — Deux médecins envoient M. Gr... à Baudelocque. Elle entre à la clinique à 9 heures du soir. On fait les constatations suivantes :

Palper : pôle fœtal au détroit supérieur se continuant à gauche avec un plan résistant. Second pôle dans l'hypocondre gauche, séparé nettement du plan latéral par un sillon très net (sillon du cou). H.U : 33 centimètres, T. : 38°, P. : 112.

L'auscultation fœtale est bonne (130).

La dilatation est de 1 franc.

Pendant toute la nuit, les contractions utérines sont régulières et énergiques.

23. — A 9 h. du matin. Dilatation : 2 francs, siège décomplété toujours élevé.

T. : 38°, P. : 120, S. A. : 40 centimètres cubes.

10 h. — Grand bain d'une heure.

11 h. — Injection intra-cervicale à 50 °. La dilatation est de 5 francs.

6 h. du soir. — Injection intra cervicale à 50°. La dilation est d'une petite paume.

7 h. — Un ballon vaginal de 650 centimètres cubes est placé dans le vagin afin de distendre le bassin mou.

9 h. — Contractions utérines énergiques et régulières ; expulsion du ballon vaginal.

Pendant la nuit, contractions peu fréquentes et peu énergiques.

24. — 9 heures du matin. La dilatation n'a pas progressé (petite paume) : le siège est un peu descendu dans l'excavation.

Les bruits entendus à l'auscultation fœtale sont isochrones au pouls maternel : 120.

11 h. du matin. — Peu de contractions ; dilatation stationnaire ; P. : 130.

3 h. du soir. — P. : 118, petite paume. La femme est mise en position obstétricale puis chloroformée. M. Lacasse abaisse un pied.

4 h. du soir. — La dilatation est complète. Expulsion spontanée du siège : membres inférieurs, tronc (anse au cordon), membres supérieurs. Extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard. L'enfant est mort et macéré, le cordon infiltré.

Après extraction : dégagement *de gaz* très fétides.

Délivrance, une demi-heure après l'accouchement par expressions françaises (le placenta se présentant par le bord). Injection intra-utérine prolongée. T. : 37°4, P. : 160. Transport de la femme à l'isolement.

25. — Injection intra-utérine ramenant quelques débris. T. : 37°8, P. : 112.

26, 27 et 28. — Injection intra-utérine ramenant des débris. T. : 37°2 à 37°8, P. : 90 à 110.

29. — Frisson de 20 minutes. Pas de sensation de froid. Injection intra-utérine qui ne ramène rien. T. : 38, P. : 100.

30. — Frisson de 20 minutes. S. A. : 80 cent. cubes.

31. — 2 h. matin. Frisson de 20 minutes. Sensation de froid. T. : 39°9. P. : 140. S. A. : 80 cent. cubes. 30 grammes d'huile de ricin.

Dans la nuit du 1er au 2 *septembre* Frisson de 20 minutes. T : 40°.

Dans la nuit du 2 au 3. Frisson de 10 minutes. T. : 38° 4.

3 *septembre*. — Midi 30. Frisson de 15 minutes.

4 h. soir. Frisson de 15 minutes.

4 h. — Minuit et 7 h. matin. Frissons.

Part sur sa demande malgré observations.

§ 3. — **Présentation de l'épaule**.

La dilatation est incomplète et il s'agit de présentation de l'épaule.

Ici, plus qu'ailleurs, l'intervention doit être hâtive :

1° Non seulement parce que la femme est menacée par les accidents septiques d'origine utérine, comme dans tous les cas de physométrie.

2° Mais encore, parce que la présentation de l'épaule est une des causes les plus fréquentes de rupture utérine. Or, si cette complication revêt par elle-même une haute gravité, elle devient irréparable lorsque l'utérus est infecté et laisse s'écouler dans le péritoine son contenu putréfié.

La péritonite est fatale ; et la femme dont l'utérus est rompu dans ces conditions ne pourra même pas bénéficier d'une intervention rapide et bien conduite.

La dilatation étant incomplète, c'est son degré qui fixe le choix du manuel opératoire.

1° *Si elle est suffisante* pour laisser passer le crochet de l'embryotome, on aura recours à l'embryotomie.

Nous n'en avons pas d'exemple pour un utérus atteint

de physométrie, mais les conditions opératoires — physométrie mise à part — sont les mêmes dans toutes les circonstances, et l'observation suivante permettra de juger par analogie et montrera comment il faudrait se conduire en cas de :

Présentation de l'épaule avec enfant mort, physométrie ; dilatation incomplète.

Obs. 17 *bis*. – Clinique Baudelocque (N° 1694 de 1908). — *Insertion vicieuse du placenta. — Malformation utérine. — Présentation de l'épaule. — Enfant mort. — Embryotomie à une dilatation incomplète. — Basiotripsie sur la tête décollée, par M. Mouchotte.*

O. O..., 22 ans, Ipare, dernières règles du 24 février au 1er mars.

O. O..., entre en travail le 5 octobre à 5 h. 30 du soir, elle est amenée à la clinique. On fait à son arrivée (6 h. 30) les constatations suivantes :

Utérus cordiforme, tête en bas, fuyant dans la fosse iliaque gauche ; dos à droite. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Le col est ouvert comme 1 franc ; les membranes sont intactes.

On repousse la tête vers l'aire du détroit supérieur et on tente de la maintenir avec une ceinture.

Pendant la nuit, O. O... a des contractions utérines très espacées.

6. — 7 h. du matin, la dilatation est de 5 francs. Les contractions utérines d'abord plus rapprochées deviennent fréquentes et énergiques.

A 8 h., rupture précoce de la poche des eaux, le liquide amniotique est normal.

A 9 h. 30, M. Mouchotte fait les constatations suivantes :

L'utérus dont la corne droite est plus développée que la corne gauche est rétracté, la tête fœtale est dans le flanc gauche. Une anse funiculaire sans battement fait procidence dans le vagin.

Les bruits du cœur sourds et ralentis, cessent bientôt.

L'orifice cervical est dilaté comme une petite paume ; au-dessus de lui existe comme un chenal de 3 à 4 centimètres limité par un anneau circulaire grand comme 5 francs. Sur cet orifice empiète, en arrière et à droite, une languette de placenta. Un bras du fœtus est accessible. Le dos est en avant. Le fœtus se présente donc en dorso-antérieure, épaule droite.

10 h. Embryotomie demi-rachidienne, avec l'appareil de Ribemont-Dessaignes, par M. Mouchotte.

Le placenta inséré bas, qui élève d'autant le fœtus et la dilatation insuffisante, empêchent d'atteindre le cou du fœtus.

Le creux axillaire gauche (supérieur par rapport à l'attitude du fœtus) est facilement accessible.

Le crochet de l'embryotome y est placé d'arrière en avant.

Le bras inférieur (bras droit) est attiré du côté de la cuisse droite de la femme, mais ce bras demeure tout entier dans les voies génitales, dont la présentation se maintient élevée, seule la main sort à la vulve.

Le reste de l'appareil est placé et l'ensemble de l'embryotome, tirée vers la cuisse gauche de la femme, de façon à diriger la ficelle-scie du creux axillaire supérieur gauche à la région sus-claviculaire ou axillo-cervicale. Le sciage est facilement et régulièrement exécuté. Le bras droit et le tronc sont alors attirés au dehors.

Mais bras gauche et tête ne peuvent être extraits par cette dilatation insuffisante.

M. Mouchotte réduit alors cette tête avec le basiotribe. Un aide fixant la tête à travers la paroi abdominale, perforateur et branche sont introduits.

Le petit broiement est effectué et la tête ainsi réduite est extraite lentement par des tractions soutenues à travers l'orifice qui s'agrandit progressivement pour se laisser franchir sans rupture.

Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine prolongée. Suites de couches tout à fait simples. O. O... quitte le service le 15e jour en parfait état de santé.

Mais au cours de cette manœuvre, la dilatation s'est peu

modifiée et la tête dernière peut être retenue. Ici encore, comme lorsqu'il s'agissait d'une tête dernière après extraction du siège, pensant aux dangers qu'une extraction brutale peut déterminer dans un milieu septique, à la faveur d'une solution de continuité, on n'hésitera pas à se servir du basiotribe pour diminuer les diamètres de la tête fœtale.

Certains accoucheurs préfèrent à l'embryotome de Ribemont, les ciseaux de Dubois. Il est évident que si le cou du fœtus est facilement accessible à la main guide, le passage des ciseaux à travers une dilatation incomplète est plus simple que l'introduction du crochet de Ribemont. Mais l'exécution de l'embryotomie aux ciseaux demande infiniment plus de dextérité et d'expérience.

2° Lorsqu'en présence d'une présentation de l'épaule, la dilatation est tellement petite qu'elle ne permet pas l'introduction de la main guide, il faut recourir absolument à la voie haute.

CHAPITRE III

LA DILATATION N'EST PAS COMMENCÉE OU EST IMPOSSIBLE

Il faut alors abandonner l'espérance d'un accouchement ou d'une extraction par les voies naturelles.

La voie haute est formellement indiquée. On peut hésiter entre l'amputation utéro-ovarique avec extériorisation du moignon (procédé de Porro) et l'hystérectomie abdominale totale ou supra-vaginale avec péritonisation du moignon.

Est-il besoin de dire qu'en pareil cas, étant donnée l'infection de l'utérus, on n'a pas le droit de songer à l'opération césarienne conservatrice.

Nous avons dit que la dilatation pouvait être impossible ; elle est le plus souvent le résultat d'une cicatrice opératoire (curettage), elle peut avoir aussi pour cause une induration cancéreuse ou la présence d'un volumineux fibrome. Nous citons à l'appui les deux observations suivantes dans lesquelles fut pratiquée l'opération de Porro.

Obs. 18. — Clinique Baudelocque (N° 909 de 1908). — *III pare. — Fibrome interstitiel de l'utérus parturient à terme. — Présentation du siège. — Rupture prématurée des membranes. — Procidence du cordon, mort et putréfaction du fœtus. — Tétanisation de l'utérus. — Physométrie. — Opération de Porro par M. Varnier. — Mort.*

(*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie.*)

Le 28 mai 1898, à 4 h. 50 du soir, on apportait à la clinique Bau-

delocque la nommée Jeanne B..., 33 ans, en travail depuis plus de 24 heures, avec une lettre du médecin traitant dont suit la copie.

« Mme M... et moi, nous adressons une brave femme, multipare, en travail depuis plus de vingt-quatre heures. La parturiente sentant, sans grandes douleurs, quelque chose d'anormal, fit appeler hier matin sa sage-femme qui, constatant une procidence du cordon avec battements, essaya à plusieurs reprises de réduire le cordon, cela sans résultats. Je fus appelé immédiatement par Mme M... et j'essayai vainement de réduire le cordon.

« Tous nos efforts furent infructueux. La dilatation, à ce moment, était de la grandeur d'une pièce de 5 francs et, les deux doigts introduits dans le col ne permettaient pas de donner une indication nette de la présentation fœtale. Nouvel examen le soir, et je trouve nettement un pied ou plutôt le bout de l'orteil du pied droit d'un fœtus. J'avais tout lieu d'espérer que ce pied allait s'engager et que nous pourrions terminer l'accouchement sans difficultés. Col toujours aussi peu dilatable et toujours peu de douleurs. Nouvel examen ce matin, plus de traces de présentation du fœtus ; le cordon est flétri depuis vingt-quatre heures et notre malade présente une température de 39°, malgré la prise d'un gramme de quinine et une antisepsie aussi rigoureuse que possible. Ce matin, j'ai dû couper le cordon putréfié pour écarter toute chance d'infection.

« Nous croyons à une grossesse gémellaire. L'un des deux fœtus est (s'il y en a deux ?) évidemment mort. Quant à l'autre, nous ne pouvons être fixés sur son état.

« Il semble que nous avons assez temporisé et qu'il y a lieu d'intervenir. Notre outillage, le milieu dans lequel nous nous trouvons ne nous permettent pas d'intervenir avec chance de succès... ».

La patiente n'a aucun antécédent pathologique. Deux accouchements antérieurs se sont terminés spontanément et à terme, l'un (1891) en présentation du sommet, le second (1894) en présentation du siège.

Le premier garçon aurait été nourri par elle pendant 21 mois. les règles sont revenues au bout d'un an ; le deuxième a été nourri par

elle pendant huit mois, après quoi elle aurait pris un nourrisson pendant deux ans.

A aucun moment, il n'y a eu ménorragies ou métrorragies. Les dernières règles remontent à la première semaine de juillet.

Trois jours avant l'apparition des premières douleurs, écoulement sanguin peu abondant.

A son arrivée à la clinique, elle est examinée par Mlle Roze, sage-femme en chef, qui constate, en même temps qu'une forme irrégulière de l'utérus, dont le fond remonte à 40 centimètres au-dessus du pubis, une dureté ligneuse et constante des parois. Tout diagnostic de présentation par le palper est impossible.

A droite de l'utérus existe une tumeur du volume d'une tête fœtale, d'une consistance pseudo-fluctuante, non isolable de la masse utérine. Mlle Roze pense qu'il s'agit d'un fibrome.

L'auscultation est négative. Le toucher fait sentir l'orifice externe du col dilaté comme une pièce de 2 francs, à bord épais ; au-dessus existe un canal flasque, aboutissant à un orifice infranchissable dans lequel sont engagés et enserrés les deux pieds. Il s'écoule de l'utérus un liquide sanieux d'odeur cadavérique. T. : 39°6, P. : 128.

Grand bain. S. A = 20 centimètres cubes.

En l'absence de M. Pinard, M. Varnier conseille à 7 h. 1/2 du soir, d'introduire un ballon de petit modèle à travers l'orifice profond pour en tâter la dilatabilité.

Prévenu à 9 heures de l'impossibilité de l'introduction, M. Varnier se rendit à la clinique pour rechercher les causes de cet insuccès. L'exploration manuelle ne laisse aucun doute sur l'impossibilité de l'extraction par les voies naturelles. A 7 centimètres au-dessus de l'orifice externe existe une stricture de fer enserrant les cous de-pied et qui paraît correspondre à la limite inférieure du fibrome.

La percussion montre qu'il y a *physométrie*. La température est à 38°8. Le pouls à 140. Un frisson prolongé vient de se produire ; le facies est grippé. Cyanose des extrémités.

Opération. — Assisté de M. Baudron, chef de clinique, M Varnier décide et pratique immédiatement l'opération de Porro, sans se faire illusion sur le résultat, mais par acquit de conscience.

Afin d'éviter, autant que possible, la pénétration du liquide putride dans le péritoine, l'utérus est bien extériorisé avant l'incision, laquelle porte sur le fond, donne issue à des gaz qui s'échappent avec bruit et au fœtus informe, *ballonné* par la putréfaction, pesant 2.600 grammes, mais ayant le volume apparent d'un fœtus de 5 kilogrammes.

Un lac élastique et une broche au-dessous du fibrome qui occupe la paroi antéro-latérale droite du corps sont passés aisément. On résèque au-dessus de la broche.

Pour plus de sûreté, deux ligatures à la soie sont placées au-dessous des annexes droites et gauches. Le ligament rond droit, qui a glissé et qui saigne est repris par un surjet à la soie ; une pince de Kocher est, par précaution, mise et laissée sur le ligament rond gauche.

Suture au fil d'argent de la plaie abdominale ; fixation du pédicule à l'angle inférieur par la stricture du dernier fil de suture. Cautérisation du moignon au thermocautère. Pansement à la poudre d'iodoforme.

L'opération qui a duré en tout 35 minutes, s'est faite sans perte sanguine.

Le pouls radial est cependant incomptable, la cyanose persiste ; le sérum n'est pas absorbé. L'opérée reprend peu à peu toute sa connaissance et s'inquiète de ce qu'est devenu son enfant. Elle saigne un peu du nez et de la bouche,

Elle meurt à 2 h. 30 du matin, le 29 mai, après la terminaison du pansement.

A 3 heures de l'après-midi, le 29, le cadavre est en putréfaction. Celle-ci est à ce point avancée le 30 mai et l'infiltration gazeuse si générale, que l'autopsie a été jugée inutile. On s'est contenté de rouvrir la plaie pour constater l'étanchéité du pédicule.

L'heure tardive à laquelle a été faite l'hystérectomie a malheureusement rendu impossible l'ensemencement et la culture du contenu putréfié de l'utérus.

En résumé, la grossesse a évolué régulièrement, le fibrome, comme il arrive ordinairement, n'a compliqué la situation qu'au

moment du travail. Son volume, à défaut de l'obstacle apporté par lui à la dilatation, commandait la césarienne suivie d'hystérectomie.

Il est à croire que la vie de la mère et celle de l'enfant auraient été le gain d'une intervention précoce.

Obs. 19. — Clinique Baudelocque (Obs. 1240 de 1907). — *IIIpare. Sténose cicatricielle de l'orifice interne. — Mort du fœtus. — Début de physométrie. — Opération de Porro par M. Mouchotte. — Hémorragie grave au 11e jour pour arrachement du pédicule. — Guérison.*

(*Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*).

D. M...., 27 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à 13 ans, elle devient enceinte pour la première fois à 20 ans.

Cette première grossesse est interrompue au 4e mois par un avortement provoqué.

Les suites furent pathologiques et un praticien pratiqua un curettage.

En 1905, à l'âge de 23 ans, D. M...., enceinte pour la deuxième fois, expulse chez elle, au cours du septième mois, un fœtus qui se présente par le siège ; les suites de couches furent également pathologiques. Deux curettages furent pratiqués à l'hôpital Lariboisière, l'un au quatorzième jour, l'autre au seizième jour.

En octobre 1906, commence la grossesse actuelle Les dernières règles datent du 13 au 16. Cette grossesse évolue normalement. Une légère albuminurie, apparue au huitième mois, disparaît rapidement après quelques jours de régime lacté.

M. Chevalier, répétiteur à la clinique Baudelocque, qui donne ses soins à D. M...., constate, en fin juin, une présentation du siège ; il fait une version par manœuvres externes. La tête demeure en bas.

Le 30 juillet, à 1 heure du soir, débute le travail.

A 3 heures, les membranes se rompent spontanément, le liquide qui s'écoule est vert purée.

La hauteur de l'utérus est de 32 centimètres. La tête, qui se présente au-dessus du détroit supérieur, ne déborde pas l'aire de ce détroit ; le dos du fœtus est à gauche. L'auscultation est alors normale.

Au toucher, le col paraît long, perméable ; l'orifice interne est ouvert comme 50 centimes.

Pendant toute la nuit du 30 et la journée du 31 juillet, les contractions utérines sont subintrantes, et l'orifice interne qui s'est ouvert comme 1 franc ne se modifie plus désormais. Le travail n'aboutit à aucun résultat. La tête fœtale reste au-dessus du détroit supérieur.

31. — A 10 heures du soir, les battements du cœur deviennent irréguliers. A 11 heures du soir, ils ne sont plus perçus. Les contractions utérines s'atténuent dans la nuit, elles sont de nouveau subintrantes vers 7 heures du matin le 1er août.

M. Mouchotte, appelé auprès de cette femme le 1er août, vers 11 heures du matin, confirme les constatations faites. Il remarque que l'orifice interne présente en avant et sur les côtés *une épaisse et haute bride cicatricielle résistante et non susceptible d'être dilatée.*

Etant donné, d'autre part, la mort du fœtus, M. Mouchotte pense qu'il y a lieu de pratiquer l'opération de Porro et fait transporter la femme à la clinique Baudelocque.

D. M... est amenée à la clinique Baudelocque le 1er août à midi. M. Pinard, mis au courant de la situation, conseille à M. Mouchotte d'intervenir sans retard.

A 2 heures de l'après-midi, M. Mouchotte pratique la laparotomie.

Opération classique. — Amputation utéro-ovarique à la façon de Porro.

Au moment de l'extraction, il s'exhale de l'utérus *une odeur fétide, en même temps que des gaz, indice d'un début de physométrie.*

L'utérus amputé, les gants qui ont servi aux opérateurs sont retirés, l'opération est terminée les mains nues.

Suites de couches. — L'enfant extrait (garçon) pèse 3.000 grammes, le placenta 500 grammes. Les suites opératoires sont simples :

la température oscille entre 37° et 38° et le pouls à 104 et 112 pendant les trois premiers jours.

Le 11e jour, le moignon, en partie sphacélé, est arraché à l'occasion d'un mouvement de la malade qui s'assied sur son lit. Celle-ci se sent immédiatement mouillée et défaillante ; du sang s'écoule en abondance au-dessous du pansement. Les téguments pâlissent ; le pouls s'accélère.

M. Mouchotte, présent, constate que, sur le bord droit du pédicule arraché, des vaisseaux saignent abondamment. Des pinces de Kocher sont placées sur les vaisseaux, puis la malade est transportée à la salle d'opération et anesthésiée.

Une ligature au catgut remplace les pinces ; en outre, le moignon est comprimé entre deux tampons : un premier abdominal qui remplit l'infundibulum, déterminé par la chute du moignon, un deuxième vaginal très serré.

Du sang s'est écoulé par l'orifice du moignon cervical dans la cavité vaginale qu'il a fallu débarrasser d'une grande quantité de caillots avant d'introduire le tampon.

Tampon changé 48 heures après son introduction. A partir de ce moment les suites sont simples et la femme quitte le service le 43e jour.

Il peut arriver que la dilatation ne soit pas commencée. Le fait est rare et nous n'en possédons pas d'observation à la clinique Baudelocque, mais on nous permettra d'emprunter à titre d'exemple une observation typique déjà publiée par MM. Pinard, Segond et Couvelaire. M. le Professeur Segond pratiqua avec succès l'exérèse totale de l'utérus parturient, sans évacuation préalable de son contenu.

Obs. 19 *bis*. — *Sténose cicatricielle du col. — Putréfaction fœtale. — Physométrie. — Hystérectomie abdominale par M. Segond. — Guérison.*

(*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie,* 12 novembre 1906).

Mme X..., âgée de 39 ans, bien portante jusqu'à sa première grossesse, terminée par la naissance spontanée d'une fille vivante, actuellement âgée de 18 ans. Les suites de couches immédiates auraient été simples, mais depuis cette époque Mme X... a toujours souffert du ventre pendant et en dehors des règles, et a subi toute une série de traitements pour une « métrite compliquée de salpingite ».

Il n'y a pas eu de grossesse pendant cette période de 18 ans.

En 1904, la persistance des douleurs pelviennes, pour lesquelles une intervention radicale avait été proposée, lui fit demander l'avis de M. Pinard.

M. Pinard la soumit à la balnéation vaginale bi-quotidienne avec de l'eau bouillie à 50°.

Le résultat fut aussi satisfaisant que possible, puisque non seulement les douleurs pelviennes disparurent, mais qu'une seconde grossesse survint. La dernière apparition des règles date du 14 février 1905. La grossesse évolua normalement. Pas d'albumine dans les urines. Développement régulier de l'utérus gravide.

A 8 mois, la tête fœtale était engagée. Le toucher vaginal pratiqué à plusieurs reprises avant et pendant la grossesse n'avait révélé à M. Pinard aucune particularité du côté du museau de tanche.

L'accouchement semblait devoir se passer dans des conditions favorables, d'autant que Mme X..., étrangère, parlant peu le français, n'avait su donner des détails explicites sur les traitements qui avaient été institués jadis, en particulier sur les cautérisations intracervicales répétées qui furent à plusieurs reprises pratiquées. Le renseignement ne fut recueilli qu'au cours du travail.

Le 10 *novembre* 1905, à 7 h. du matin, rupture prématurée des membranes. A 9 h., les constatations suivantes sont faites : liquide opalescent. Bruits du cœur bons. Par le palper la tête fœtale fléchie

est engagée. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué. T. : 36°6. : P. ; 72. Une injection vaginale à l'eau bouillie additionnée d'aniodol est donnée après savonnage de la vulve.

Pendant 48 heures la situation ne se modifie pas. Le liquide qui s'écoule de moins en moins abondamment n'est pas modifié. La température, prise matin et soir, ne dépasse pas 36°8. le pouls 72.

Le 12, à 6 h. du matin, le pansement vulvaire est encore imbibé de liquide amniotique normal. Légères et irrégulières contractions utérines.

A 8 h., le liquide est légèrement teinté de méconium.

A 9 h., T. : 37°2 ; P. : 80. Les bruits du cœur fœtal sont lents (environ 100). Le toucher vaginal ne révèle aucune modification du col, qui a toute sa longueur.

Une injection vaginale chaude (aniodol) est donnée après la toilette vulvaire.

A midi, T : 37°8. ; P. : 88. Légères et irrégulières contractions utérines. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

L'orifice externe du col est entr'ouvert ; il admet facilement l'extrémité de l'index. L'orifice interne ne peut être reconnu, même après une exploration digitale attentive.

L'étiologie de cette sténose de la région de l'orifice interne ne put être immédiatement établie par l'interrogatoire, non seulement de Mme X..., mais de son entourage. La sténose était la conséquence des cautérisations répétées qui avaient été pratiquées autrefois, on ne sait malheureusement pas avec quel caustique.

Devant cette situation : enfant mort, début d'infection utérine, sténose cicatricielle du col, M. Couvelaire, qui assistait Mme X..., pensa que toute manœuvre de dilatation par les voies naturelles serait dangereuse et qu'une hystérectomie abdominale était indiquée.

L'état de la parturiente s'aggrave, d'ailleurs, rapidement. A 3 heures, petits frissons. T. P. : 38°2 ; P. : 104. Endolorissement permanent de l'utérus, qui offre une tension permanente. *Physométrie.*

M. Pinard confirme l'indication d'une hystérectomie urgente. La malade est transportée dans une maison de santé, et à 11 heures du soir, M. Segond, de concert avec M. Pinard, pratique l'hystérectomie

abdominale. A ce moment, la température était de 38°6, le pouls à 124.

Laparotomie sous chloroforme pratiquée par M. Segond, assisté de M. Couvelaire. Hystérectomie abdominale par le procédé américain sans extraction préalable du fœtus. La section a porté en arrière sur le cul de-sac vaginal postérieur, en avant sur la partie la plus déclive du segment inférieur, si bien que le col est resté avec le cul-de-sac vaginal antérieur au fond du petit bassin. C'est ce que démontre d'ailleurs l'examen de l'utérus pratiqué après l'intervention. Ligature à la soie des pédicules vasculaires. Fermeture du vagin par des points séparés. Surjet péritonéal discontinu pour enfouir les ligatures. Au moment de terminer la toilette péritonéale, un suintement sanguin continu des deux pédicules utéro-ovariens avec hématome sous-péritonéal de la fosse iliaque nécessite une nouvelle ligature de ces pédicules. L'hémostase assurée, la paroi abdominale est suturée (un plan de sutures au fil d'argent). Trois gros drains sont laissés à demeure, un au fond de la cavité pelvienne, un dans chaque fosse iliaque. L'opération a duré 50 minutes.

Suites opératoires. — Etat général grave pendant les deux premiers jours. Le pouls est resté au-dessus de 140, oscillant entre 140 et 150 pulsations. Température oscillant entre 38 et 39°. Pas de frissons.

Le 3e jour, la convalescence commençait. Le trajet de drainage pelvien est resté perméable pendant 2 mois, nécessitant des lavages journaliers à l'aniodol et à l'eau oxygénée, pour l'évacuation d'une sanie fétide. Au cours de la 4e semaine, point de côté, dyspnée et légère hyperthermie (38°2) signalant l'apparition d'un petit foyer pulmonaire (probablement infarctus embolique). Guérison complète au bout de 2 mois.

Examen des pièces. — L'utérus était rempli de gaz fétides. Le fœtus enduit de méconium était en voie de putréfaction. Sexe masculin ; volume moyen (n'a pas été pesé). L'utérus et le placenta adhérent pesaient 2 kilogrammes. La paroi utérine est œdématiée. Les trompes et les ovaires ont leur aspect normal.

Examen histologique. — Cet examen a été pratiqué sur des fragments comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine au niveau de

l'insertion placentaire et au niveau du segment inférieur. La paroi utérine est le siège d'une réaction inflammatoire avec œdème dissociant les faisceaux musculaires. Cet œdème atteint son maximum d'intensité au niveau du segment inférieur. Entre les faisceaux musculaires et au niveau de la caduque existe une très abondante infiltration leucocytaire. Quant aux veines, elles sont en grand nombre oblitérées par des thrombus infiltrés de globules blancs.

La recherche des micro-organismes, sur des coupes préparées à cet effet, sous le contrôle du docteur Morax, a été négative, aussi bien dans le muscle qu'au niveau du placenta. Il n'a pas été fait d'ensemencement des liquides putrides contenus dans l'œuf au moment de l'intervention.

La communication de cette observation fut l'objet d'une discussion (1) mettant en relief les avantages et les inconvénients respectifs de l'hystérectomie et de l'opération de Porro.

Après s'être livré à quelques considérations sur la technique particulière de l'hystérectomie pendant la grossesse, M. Segond justifie le choix de son intervention :

« Au cours de l'hystérectomie ainsi pratiquée sur l'utérus parturient, dit-il, se présentent des *difficultés réelles à réaliser l'hémostase des vaisseaux sanguins très volumineux.* Il se fait assez souvent après la ligature un suintement sanguin et des thrombus, qui peuvent devenir de véritables foyers d'infection. Les vaisseaux ont de la tendance à glisser sous la ligature : ceci est particulièrement à redouter pour l'artère utéro-ovarienne. Aussi faut-il, lorsqu'on enlève par hystérectomie abdominale un utérus gravide, placer un catgut sur la continuité de l'ar-

(1) *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 12 novembre 1906.

tère utéro-ovarienne, à trois ou quatre travers de doigt de l'endroit où est posée la ligature oblitérant le vaisseau.

« Quant à la technique de l'hystérectomie, elle dépend en pareil cas du degré d'habitude qu'a l'opérateur des interventions chirurgicales et des conditions matérielles dans lesquelles il se trouve.

« *Lorsqu'un chirurgien, ayant à sa disposition le matériel instrumental nécessaire, se trouve en présence d'une femme qui est dans les conditions où était notre opérée, il ne doit pas hésiter à recourir à l'hystérectomie abdominale totale, en prenant les précautions indiquées tout à l'heure au point de vue de la ligature des vaisseaux. Mais si des conditions inverses existent, conditions fréquentes dans la pratique obstétricale, c'est-à-dire s'il s'agit d'un médecin peu entraîné à la chirurgie et n'ayant qu'un matériel insuffisant sous la main, il fera mieux de recourir à la ligature élastique d'après le manuel opératoire de Porro, d'exécution plus facile.* »

Répondant à M. Segond, « M. Pinard estime que l'opération pratiquée par M. Segond, malgré le succès obtenu, ne doit pas toujours être en pareil cas l'opération de choix. Malgré l'habileté de l'opérateur, il s'est produit un épanchement sanguin ; il y a eu des difficultés pour assurer l'hémostase des gros vaisseaux.

« Au lieu de faire une opération aussi radicale, dans la majorité des cas, il sera préférable, surtout pour le praticien qui n'est pas très entraîné à la pratique chirurgicale, de se contenter de l'*opération de Porro, qui est d'exécution beaucoup plus facile et fait courir moins de risques à la femme.* On peut sans doute objecter qu'en présence

d'un utérus infecté il est préférable de ne laisser dans l'organisme maternel aucune partie pouvant devenir la cause d'une infection ; mais l'expérience montre qu'en pareil cas les accidents dus à cette cause ne sont guère à redouter. Du reste, au cours de son opération, tout en voulant faire une hystérectomie totale, M. Segond a laissé une partie du col adhérent au vagin et, malgré cela, les suites opératoires ont été normales. »

M. Lepage, tout en étant d'accord avec M. Pinard sur la simplicité plus grande de l'opération de Porro, indique qu'on peut avoir aussi en pratiquant cette dernière intervention quelques ennuis relevant de la difficulté de l'hémostase. Il cite une observation dans laquelle, après la pose d'une ligature élastique, il a constaté une hémorragie assez grave au-dessous du tube de caoutchouc. Il s'agissait probablement de l'artère utéro-ovarienne gauche qui avait glissé au-dessous de la ligature et qui saignait d'une façon abondante.

M. Wallich insiste sur les avantages de l'opération de Porro.

Dès le début de l'opération, dit-il, l'utérus est attiré hors du ventre, l'amputation est pratiquée hors de l'abdomen, et on termine en fixant le moignon à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Il semble, dans les suites opératoires, que cette extériorisation du moignon a pour conséquence une sorte d'isolement de l'utérus par rapport au reste de l'organisme.

M. Segond conclut par ces mots :

Nous sommes d'accord pour conserver l'opération de Porro comme procédé de nécessité ; toutefois il faut bien

recommander de ne pas poser la ligature élastique trop bas, et d'éviter par une broche placée au-dessous d'elle, tout glissement possible vers le vagin, sans quoi, on s'expose à prendre les uretères dans la ligature.

Au point de vue opératoire, nous insisterons sur quelques points qui nous paraissent capitaux dans la pratique de toute hystérotomie et hystérectomie en cas d'infection utérine et particulièrement de physométrie. Nous empruntons les préceptes qui suivent à M. le docteur Mouchotte.

« L'opérateur, ayant les mains désinfectées, doit mettre des gants qu'il changera ou retirera plus tard, pour « la fin de l'intervention.

« L'utérus doit être extériorisé avant d'être ouvert. « Avant de l'ouvrir, également, on refoulera les anses intestinales derrière de volumineuses compresses, et on insinuera d'autres compresses tout autour de lui, entre le « segment inférieur et la paroi abdominale.

« Après cette protection, qui sera minutieuse, on pourra « pratiquer l'hystérotomie, l'extraction du fœtus infecté, « avec la certitude de ne pas contaminer la cavité abdominale par un liquide amniotique septique.

« L'utérus est alors amputé (hystérectomie ou amputation à la Porro).

« C'est à ce moment que l'opérateur retirera ou changera « ses gants, souillés par le liquide amniotique lors de l'hystérectomie, et par le contact fœtal lors de l'extraction. « Les compresses protectrices infectées sont alors enlevées, « mais sans être touchées par l'opérateur, à bout de pinces,

« pinces qui sont elles-mêmes éliminées définitivement des « plateaux à instruments. Ces compresses seront rempla- « cées par d'autres propres. Et l'opération s'achèvera avec « toutes les garanties d'asepsie désirables. »

CHAPITRE IV

SUITES DE COUCHES

Dans tous les cas de physométrie où l'accouchement a eu lieu par les voies naturelles, *la délivrance artificielle immédiate s'impose.*

On devra toujours la pratiquer en *se coiffant la main des membranes* et en agissant avec la plus grande douceur.

Mais souvent les membranes friables, infiltrées, se déchirent et sont retenues en partie dans l'utérus. La délivrance par elle-même ne comporte aucune technique particulière, si ce n'est l'*extrême douceur* avec laquelle on doit procéder. On s'attachera à ne pas gratter le muscle utérin pour ne pas y faire d'inoculation.

L'injection intra-utérine consécutive comporte des précautions très particulières ; nous empruntons à M. le Professeur Pinard sa manière de faire :

Il faut renoncer à faire des injections intra-utérines continues, parce que dans ces cas, l'utérus met un certain temps à reprendre sa tonicité et les phénomènes syncopaux, consécutifs à l'injection, dus à la pénétration du liquide de l'injection dans les vaisseaux de l'utérus peuvent ainsi être évités.

Quand l'utérus intoxiqué reste en état de flaccidité, de parésie pendant plusieurs heures après l'expulsion ou extraction du fœtus putréfié, il est cependant absolument

nécessaire de désinfecter la cavité utérine. M. le professeur Pinard recommande d'introduire la main tout entière dans l'utérus, de tenir avec cette main la canule et de ne mettre en contact avec la paroi utérine qu'une nappe de liquide antiseptique et non pas un jet. De plus, en agissant ainsi, on est certain que l'extrémité de la canule ne viendra pas heurter la paroi de l'utérus et que l'on ne fera pas d'injection intra-veineuse avec des produits antiseptiques dont les effets ne tarderaient pas à se faire sentir sous forme d'accidents aussi brusques que redoutables.

CONCLUSIONS

Quand la physométrie est diagnostiquée, l'évacuation utérine d'urgence s'impose.

Il convient d'envisager plusieurs éventualités :

1° *La dilatation est complète* ; la conduite est simple. Dans le cas de présentation de la tête, quelle que soit la situation de cette tête — engagée ou non, fléchie ou défléchie — la basiotripsie est l'opération de choix.

Toutefois, si la tête apparaissait à la vulve, on pourrait plus simplement l'extraire en saisissant le cuir chevelu avec des pinces Museux ou à plateaux, après ou sans craniotomie préalable.

Si l'on éprouvait de la difficulté à dégager les épaules, il faudrait aller à la recherche d'un bras et l'abaisser après l'avoir fracturé au besoin.

Dans le cas de présentation du siège, engagé ou non, l'extraction manuelle doit être pratiquée.

Dans le cas de présentation de l'épaule, s'il n'y a pas commencement d'évolution spontanée, c'est à l'embryotomie cervicale qu'il faut avoir recours. S'il y a commencement d'évolution spontanée, il faut faire l'éviscération.

2° La dilatation est incomplète, mais suffisante pour le passage d'instruments réducteurs :

La basiotripsie sur la tête ou le siège est encore l'opération de choix. Le basiotribe agit alors comme agent réducteur et comme agent de traction.

Si la dilatation ne permet pas l'introduction des deux branches, on pourra placer seulement la petite branche et opérer le petit broiement.

Puis, on exercera des tractions lentes et soutenues qui achèveront la dilatation et permettront l'extraction du fœtus. On pourra encore, s'il s'agit d'une tête, après simple craniotomie, appliquer des pinces à mors, des pinces Museux, des pinces à kystes, sur l'orifice de trépanation et exercer des tractions soutenues.

En face d'une présentation de l'épaule, si la dilatation est suffisante pour qu'on puisse repérer le cou, on fera une embryotomie soit avec l'appareil de Ribemont-Dessaignes, soit avec les ciseaux de Dubois.

Dans le cas contraire, il faudrait intervenir par la voie haute.

Chaque fois que l'on éprouvera de la difficulté au passage de la tête dernière (siège) ou décollée (épaule), il faudra faire une basiotripsie. Celle-ci trouve sa meilleure application, lorsque la dilatation est incomplète.

3° *La dilatation est impossible ou non commencée.* — C'est à la voie haute qu'il faut s'adresser : c'est à l'opération de Porro ou à l'hystérectomie abdominale totale ou supra-vaginale.

La première opération nécessite un outillage modeste, sa technique est facile ; de plus le choc opératoire est infi-

niment moindre que dans l'hystérectomie. C'est l'opération du praticien.

L'hystérectomie est une opération difficile qui ne peut être actuellement que l'apanage de chirurgiens expérimentés.

Vu :
Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PRÉFACE 7

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — **Définition. — Etiologie** 11

CHAPITRE II. — **Symptômes, diagnostic et évolution** 15

DEUXIÈME PARTIE

CONDUITE A TENIR

CHAPITRE PREMIER. — **La dilatation est complète** 23

§ 1. — Présentation de la tête 23

1° La tête est engagée 23

2° La tête n'est pas engagée 31

§ 2. — Présentation du siège 35

§ 3. — Présentation de l'épaule 36

CHAPITRE II. — **La dilatation est incomplète mais suffisante pour le passage d'instruments réducteurs** 40

§ 1. — Présentation de la tête 41

1° La tête est engagée 41

2° La tête n'est pas engagée 56

§ 2. — Présentation du siège 63

§ 3. — Présentation de l'épaule 66

CHAPITRE III. — **La dilatation n'est pas commencée ou est impossible** 70

CHAPITRE IV. — **Suite de couches** 85

CONCLUSION 87

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).